

HISTOIRE COMPLÈTE

DES RUPTURES

ET

DES DÉCHIRURES

DE L'UTÉRUS, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE.

HISTOIRE COMPLÈTE
DES RUPTURES
ET
DES DÉCHIRURES
DE L'UTÉRUS, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE.

PAR F. DUPARCQUE,

Docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux et hospices civils de Paris, médecin de l'Etat-Civil et du Bureau de Bienfaisance du 7e arrondissement, membre de l'Athénée et de la Société de Médecine de Paris, membre correspondant de la Société royale de médecine de Bordeaux, etc.

OUVRAGE COURONNÉ PAR LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

PARIS.

GERMER-BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13.

Montpellier, CASTEL ET SEVALLE. | *Londres*, BAILLIÈRE, 219, Regent street.
Strasbourg, FÉVRIER ET LEVRAULT. | *Bruxelles*, TIRCHER ET PÉRICHON.

1836.

PARIS. IMPRIMERIE LE NORMANT, 8, RUE DE SEINE.

Les discussions, plusieurs fois renouvelées au sein de l'Académie de médecine de Paris, sont venues révéler le vague et les incertitudes que présente l'histoire des ruptures et des déchirures de l'utérus et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement. Encore ne s'agissait-il que d'un phénomène extérieur, s'opérant, pour ainsi dire, sous les yeux, *le passage de l'enfant à travers une rupture centrale du périnée :* et cependant la question de la possibilité

de cet événement remarquable, longuement et chaudement débattue, est demeurée indécise. Pouvait-il en être autrement, quand on n'apportait pour soutenir la thèse que des faits incomplets et rien moins que concluans, et que l'on ne la déclinait, d'un autre côté, que sur de simples dénégations, ou tout au plus par des argumens eux-mêmes controversibles?

Si de là on se reporte aux ruptures des régions plus profondes des organes de la gestation et de la parturition, on ne trouve rien de mieux arrêté, rien de mieux défini, rien en un mot qui puisse fixer invariablement l'opinion. Ce n'est pas que les matériaux manquent. Depuis Guillemeau, qui le premier fit connaître d'une manière précise les ruptures de la matrice à peine indiquées par ses devanciers, les faits ont abondé de toutes parts. Il est peu d'accoucheurs qui n'aient enrichi de quelques exemples sur ce sujet les archives de la science obstétricale. Mais parmi cette masse si considérable d'observations particulières, il n'en est réellement qu'un petit nombre de complètes. Peut-être est-ce à cela qu'il faut attribuer le

vague, les incertitudes, les lacunes qu'offrent, à peu d'exceptions près, tous les travaux successivement publiés sur les ruptures et les déchirures de la matrice et du vagin, sous les titres de Mémoires, d'Essais, de Traités, ou formant chapitres spéciaux dans les traités généraux d'accouchement. Partout exposition superficielle du sujet, défaut presque complet de discussion, absence de critique raisonnée propre à réduire les faits à leur juste valeur, omission de recherches théoriques, indispensables cependant ici comme à l'étude parfaite de toute lésion physique. Les causes y sont confusément amalgamées, sans données sur leur mode d'action, sans distinction des rapports qu'elles peuvent avoir avec telle ou telle forme ou espèce de rupture, et réciproquement. Point d'indications thérapeutiques fondamentales, presque aucune règle rationnelle de traitement. Tels sont les défauts communs à tous ou presque tous les traités sur les ruptures et les déchirures de l'utérus et du vagin. Très-peu présentent un caractère propre d'originalité, parce que la plupart des auteurs se sont contentés de se copier les uns les

autres. Il est donc vrai de dire qu'une histoire complète de ce genre d'accidens était encore à faire, lorsque la Société médicale d'Emulation, interprète des besoins et des vœux du monde médical, a, par une question de prix, éveillé l'attention des praticiens et sollicité de nouvelles recherches sur ce sujet important.

La distinction flatteuse accordée au travail que je me suis hasardé de produire au concours, les sollicitations empressées des membres de la commission et d'un grand nombre de confrères, me font une sorte d'obligation de publier cette histoire des ruptures et des déchirures des organes de la gestation et de la parturition.

J'ai divisé ce travail en quatre sections comprenant, 1° les ruptures de l'utérus hors l'état de grossesse; 2° celles qui affectent cet organe pendant la grossesse; 3° celles qui sont liées à l'accouchement; 4° enfin les ruptures et déchirures du vagin.

Les solutions violentes de continuité de l'utérus pendant la grossesse présentent deux divisions. A l'une appartiennent les déchirures produites par l'action directe des corps vulné-

rans; les autres constituent les ruptures proprement dites.

Les ruptures qui ont lieu à l'occasion de l'accouchement se distinguent en celles qui affectent le corps de la matrice, et celles dont le col de cet organe peut être le siége. Celles-ci présentent des différences notables selon qu'elles sont verticales ou transversales; de là trois divisions essentielles.

Enfin les ruptures et déchirures du vagin se subdivisent 1° en celles de l'extrémité supérieure de ce canal; 2° en celles de sa partie moyenne; 3° en celles de la région ano-périnéale; 4° et enfin en déchirures de la fourchette et du périnée.

Voici la marche que j'ai adoptée dans l'étude de ces divers genres de ruptures ou déchirures: dans chaque section ou subdivision, un premier chapitre est consacré à la recherche du mécanisme et à la détermination des causes de l'accident. Dans un second, j'indique les résultats immédiats: les signes forment l'objet d'un troisième; enfin un quatrième est destiné au traitement.

En multipliant ainsi les divisions et subdivisions, je n'ai pu éviter quelques répétitions. Mais cet inconvénient, que j'ai rendu le plus léger possible, se trouve d'ailleurs racheté par l'avantage de pouvoir, par ces divisions, présenter des notions plus précises et plus complètes sur tout ce qui se rapporte à l'histoire de ces ruptures.

HISTOIRE COMPLÈTE
DES RUPTURES
ET
DES DÉCHIRURES
DE L'UTÉRUS, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

On doit entendre par *rupture* et *déchirure* toute solution de continuité résultant de la distension forcée d'un corps doué de souplesse, par opposition aux dénominations de *cassure* ou *fracture*, qui s'appliquent plus spécialement à la division indirecte des corps peu ou point extensibles. Ainsi, dans l'économie animale, les tissus dits *mous* se rompent et se déchirent, les os se cassent ou se brisent.

Lorsque la solution de continuité par distension a lieu dans le plein d'un tissu, il y a rupture proprement dite. On rattache plus spécialement le nom de *déchirure* à la solution qui commence par les bords libres des tissus membraneux ou des parties

présentant cette forme aplatie. Ainsi l'utérus se rompt dans son corps; son col peut être déchiré verticalement. Le périnée se rompt à son centre; la fourchette se déchire.

Il n'y a au reste entre les ruptures proprement dites et les déchirures que cette seule différence de lieu, puisqu'elles reconnaissent la même cause prochaine, l'*extension forcée*, et que, d'un autre côté, elles se passent sous l'influence des mêmes causes prédisposantes, et sont produites par les mêmes causes déterminantes. Aussi trouve-t-on fréquemment ces deux dénominations indistinctement employées pour désigner toutes les solutions de continuité qui attaquent les organes de la parturition et les voies de la gestation.

La distension peut être produite par des forces agissant en sens opposé, et plus ou moins éloignées l'une de l'autre, de manière que le tissu sur lequel elles sont appliquées se rompe dans un point intermédiaire à ces deux forces; là il y a rupture indirecte, médiate ou *par traction;* ou bien la cause rupturante et déchirante agit en refoulant, en pressant le tissu, et le rompt au point de contact de la violence distendante; ici il y a rupture immédiate, directe ou par pression. Si le corps vulnérant produit les lésions de continuité en pénétrant graduellement dans le tissu, comme un corps à tranchant mousse ou à pointe obtuse, il y a déchirement.

La matrice et le vagin sont susceptibles d'éprouver ces différens genres de ruptures et de déchirures. Organes creux à parois membraniformes, ils se trouvent soumis à des distensions excentriques, à des pressions directes, ou exposés à l'action déchirante de corps vulnérans.

C'est ici le lieu de remarquer que c'est par suite d'une interprétation vicieuse des faits et par une application forcée que Mme Lachapelle et M. Dugès ont étendu le nom de rupture à certaines solutions de continuité secondaires des organes de la gestation et de la parturition. La rupture constitue un acte instantané, s'opérant brusquement; il est donc essentiellement aigu. Or, les auteurs précités admettent d'abord des ruptures chroniques: et ils donnent ce nom, soit à la destruction des tissus utérins et vaginaux par des ulcérations, soit aux solutions de continuité résultant de leur amincissement, de leur atrophie par compression lente, et qui seraient le dernier terme du *feutrement*, de l'*usure* de ces tissus.

Mais les ulcérations qui traversent les parois utérines d'outre en outre, constituent non pas des ruptures, mais des perforations; elles mettent seulement les parties qui en sont le siége dans des conditions qui favorisent l'action des causes déterminantes des ruptures proprement dites. Elles ne forment donc que des causes prédisposantes. Il en est de même, à plus forte raison, de l'amincissement

ou de l'usure d'un point des parois utérines. Aussi verrons-nous que ces circonstances prédisposantes peuvent exister sans qu'il y ait rupture, et que quand celle-ci arrive, alors elle est toujours déterminée par l'une des causes déterminantes ordinaires, et la rupture s'opère de la même manière que quand les tissus sont intacts.

Ces remarques s'appliquent également aux ruptures ou déchirures s'opérant sur des parties ramollies par l'inflammation ou la gangrène, et auxquelles les mêmes auteurs donnent le nom de *ruptures subaiguës*. Ces états pathologiques ne sont que des causes prédisposantes.

Enfin, les solutions de continuité qui succèdent à la suppuration de points meurtris et enflammés, ou à la chute d'escarres après l'accouchement, ne sauraient être considérées comme des ruptures.

On a aussi rangé parmi les ruptures la section du col de l'utérus ou de l'extrémité supérieure du vagin par la compression de ces parties entre la tête de l'enfant, par exemple, et le rebord du détroit supérieur qui serait tranchant.

Quoi qu'il en soit, les ruptures proprement dites peuvent ne s'étendre que graduellement, ou s'accomplir instantanément, selon l'intensité, la persévérance, la succession d'action des causes déterminantes qui la provoquent, et nonobstant les conditions locales favorables à leur production; il serait donc plus rationnel de fonder sur cette marche la

distinction des ruptures en *instantanées* et en *progressives.* On distingue aussi les ruptures en *spontanées* ou produites par des causes internes, comme l'accumulation, le développement considérable du contenu utérin, l'action active de ces corps sur les parois de l'organe; et en *accidentelles* ou *traumatiques*, quand elles résultent de violences extérieures ou de l'application immédiate de corps vulnérans.

PREMIÈRE SECTION.

RUPTURES DE L'UTÉRUS

HORS L'ÉTAT DE GROSSESSE.

La résistance fibreuse et comme cartilagineuse du tissu de l'utérus pendant sa vacuité, l'exiguïté de cet organe, sa mobilité, sa situation au milieu d'une cavité osseuse, le défendent efficacement de toute violence, soit externe, soit interne, susceptible de porter atteinte à l'intégrité de ses parois.

Le développement de cet organe, ou pour mieux dire une distension graduelle préalable de ses parois, devient donc la condition première, la prédisposition indispensable aux lésions qui nous occupent; et comme c'est le plus ordinairement pour et par le produit de la conception que s'opère ce développement, l'état de gestation devient ainsi la cause prédisposante ordinaire, mais non exclusive, des solution de continuité de l'utérus, tant spontanées qu'accidentelles. Je dis que la grossesse n'est pas la seule circonstance qui mette la matrice dans des conditions prédisposantes aux ruptures ou déchirures de ses parois; et en effet, tout développement de la matrice par l'épanchement ou l'accumulation dans sa cavité de produits quelconques, mettant cet organe dans

des conditions analogues à celles qui résultent de l'état de grossesse, l'expose de même à l'action des mêmes causes rupturantes. Ainsi, une plaie pénétrante, une compression violente des parois abdominales, atteindront également la matrice gonflée par du sang, de la sérosité, des hydatides, des gaz; même l'accumulation trop considérable de ces produits pathologiques peut, en distendant outre mesure l'utérus, en amincir et en rompre spontanément les parois. LATOUR d'Orléans nous en fournit un exemple remarquable.

1re OBS.—Rupture de la matrice occasionée par un épanchement sanguin.

Une dame cessa d'être menstruée à quarante ans. A cinquante elle s'aperçoit qu'une tumeur se développe dans son ventre; celle-ci augmente progressivement et devient énorme; on s'assure qu'elle est formée par le développement de la matrice. Dans un des paroxysmes des douleurs qui devenaient insupportables, la malade éprouva une sensation particulière dans le ventre; les douleurs cessèrent; la tumeur de l'hypogastre s'affaissa; la malade s'affaiblit et mourut le lendemain. A l'ouverture du corps, on trouva la cavité péritonéale remplie par une énorme quantité de sang noir et corrompu. L'utérus était resté dilaté, béant; ses parois, consistantes et épaisses, s'amincissaient vers le fond de ce viscère qui, en cet endroit, offrait une ouverture à bords déchirés. Le col utérin était

cartilagineux et complètement oblitéré. D'après cette disposition et les signes qui s'étaient manifestés pendant la vie, il est évident que ce sang épanché provenait de la cavité utérine, d'où il avait passé dans l'abdomen par la rupture qui s'était faite au fond de cet organe.

Un autre exemple plus extraordinaire encore a été publié dans le quatrième volume du *Rust's Magasin Für*, etc., 1834.

2e OBSERVATION. — Même sujet.

G., âgée de cinquante-trois ans, ayant cessé d'être menstruée depuis quatre ans, eut, après un abus du coït, un flux sanguin par la matrice, qui se reproduisit à des époques irrégulières. Au bout de quelque temps le sang disparut, et le ventre se tuméfia au point de descendre jusqu'aux genoux. Vomissemens répétés d'une matière noirâtre, analogue au marc de café. Marasme et mort.

A l'autopsie cadavérique, on trouva l'utérus énormément développé, à parois excessivement minces. Le col était repoussé et oblitéré par une tumeur stéatomateuse, existant au côté droit et au-dessus de ce col. Cet organe contenait une quantité prodigieuse d'une matière analogue à celle que la malade avait vomie, et qui remplissait également l'estomac et le duodenum. On trouva une perforation dans un point où l'utérus et l'estomac adhéraient ensemble.

Les parois de la matrice peuvent encore se rompre partiellement par suite de la formation et de l'accumulation de fluides, de pus par exemple, dans leur épaisseur; à moins que l'on ne se hâte de donner issue à ces matières par une ouverture artificielle pratiquée dans un lieu plus favorable que celui où pourrait se faire la rupture spontanée.

L'histoire de ces abcès utérins interstitiels ne se rattache, il est vrai, qu'indirectement à notre sujet; mais comme il n'en existe qu'un seul exemple bien constaté, nous ne pouvons nous dispenser de le rappeler, et d'en tirer l'occasion de citer quelques autres faits semblables.

3e OBS.—Abcès dans l'épaisseur de la paroi antérieure de la matrice.

M. Morère a observé un abcès développé dans la partie antérieure de l'utérus, et occasioné par une chute à plat-ventre sur l'angle d'un évier au sixième mois de la grossesse. Cet abcès ne fut reconnu qu'après la délivrance, par la saillie qu'il faisait à travers l'orifice utérin pendant le retrait de cet organe. Une ponction faite à l'aide d'un bistouri droit, garni de linge jusqu'à quatre lignes de sa pointe, en opéra la guérison. (*Gaz. méd.*, 1833.)

4e OBSERVATION. — Abcès dans la paroi postérieure.

Chez la femme qui fait le sujet du cas analogue que j'ai observé, l'abcès s'était développé à la suite d'un accouchement laborieux, terminé par le for-

céps. Quinze jours après la délivrance, la femme se plaint de douleurs sourdes vers le sacrum, et d'un sentiment incommode de pesanteur sur le rectum. Je sentis le col utérin déjeté en avant, et sa paroi postérieure saillante et arrondie au fond du vagin, et présentant de la fluctuation. Le docteur Gardanne reconnut comme moi la nature et le siége de l'affection; il approuva la ponction et l'incision que je pratiquai en sa présence à l'aide d'un bistouri droit. Il s'écoula de cette ouverture un verre environ de pus consistant et légèrement rougeâtre. La malade fut promptement rétablie.

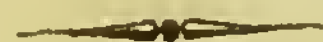
5e OBSERVATION. — Même cas.

Je racontais ce fait à un de nos confrères dont la chirurgie moderne s'honore, qui me dit que sa femme venait d'offrir un exemple analogue. L'abcès s'était formé lentement dans la partie postérieure de l'utérus. On avait supposé d'abord un engorgement sanguin; on craignait même quelque altération plus grave, lorsque tout à coup du pus s'échappa par une ouverture qui se fit spontanément au voisinage de l'orifice utérin. La tumeur disparut, et la malade se rétablit.

§ 4. — Enfin, dans les cas de grossesse interstitielle, la rupture intra-utérine du kyste donnerait également lieu à une rupture partielle.

DEUXIÈME SECTION.

RUPTURES DU CORPS DE LA MATRICE PENDANT LA GROSSESSE.



Les ruptures de la matrice pendant qu'elle contient le produit de la conception constituent un des plus graves accidens de la grossesse et de l'accouchement. Elles ont pour résultat ordinaire la perte et de la mère et de l'enfant. Les faits qui attestent que l'un ou l'autre, et à plus forte raison tous deux, ont pu échapper aux dangers qui les pressent alors, sont excessivement rares, eu égard au nombre des victimes de ce redoutable accident. Ces faits heureux suffisent du moins pour ne pas faire désespérer de la puissance conservatrice de la nature et des ressources précieuses de l'art.

En appréciant mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent les moyens que la nature emploie, la marche qu'elle suit pour résister victorieusement à d'aussi profondes atteintes; en fondant des indications plus précises et en faisant une application mieux raisonnée et mieux dirigée des moyens thérapeutiques, peut-être parviendra-t-on à rendre les chances favorables moins rares.

Nous distinguerons les ruptures de la matrice

pendant la grossesse, en celles qui résultent de l'action immédiate de corps vulnérans, et en ruptures proprement dites.

PREMIÈRE DIVISION.

DÉCHIRURES ACCIDENTELLES, OU PAR L'ACTION DE CORPS VULNÉRANS.

Un premier résultat de la grossesse relatif au sujet que nous traitons, est de placer la matrice au-dessus de la défense osseuse du bassin, à portée des causes vulnérantes extérieures. Cet organe peut en outre être atteint par ces agens à travers le vagin et le rectum.

§ 1er. *Piqûres.* Les déchirures étroites, faites par un instrument plus ou moins acéré, ne sont pas les moins dangereuses des blessures de la matrice. Elles ont pour conséquence ordinaire l'écoulement des eaux, la blessure du fœtus, et l'avortement. Ou bien elles développent des accidens secondaires non moins redoutables pour la mère, comme le prouve le fait suivant :

6e OBSERVATION.

Une femme enceinte est acculée contre un mur par un cabriolet. Un clou long, gros et carré, attaché à la planche de derrière, la pique à un demi-pouce du muscle droit de l'abdomen du côté gauche, à trois grands pouces de l'ombilic. Douleurs

supportables; des eaux mêlées de sang s'échappent en jet par la piqûre. Quinze heures après l'accident, l'écoulement cesse; il survient des convulsions, des hoquets, des vomissemens; enfin, mort au bout de soixante heures. A l'autopsie on trouva que le clou avait pénétré jusqu'à l'enfant, qu'il l'avait atteint au milieu de la fosse sous-épineuse droite; la cavité utérine renfermait encore beaucoup d'eau, mais il n'y avait ni épanchement ni caillot de sang. L'ouverture de la matrice présentait un bourrelet inflammatoire très-épais et ayant trois pouces de diamètre en tous sens. (Planchon, *Traité complet de l'opération césarienne*, p. 77.)

§ 2. *Plaies pénétrantes.* On trouve, dans les archives obstétricales, des observations aussi étonnantes que curieuses, de déchirures de l'utérus pendant la grossesse, produites par des corps vulnérans. Le plus ordinairement elles ont été faites par les cornes d'un bœuf ou d'un taureau; tantôt le fœtus a été subitement expulsé à travers la plaie utérine et abdominale, comme dans ce fait dont un tableau placé au fond d'un temple de Smerdam retrace l'histoire, et dans lequel l'enfant, échappé à travers la crevasse gastro-utérine, tomba avec la mère, qui avait été lancée en l'air. L'enfant vécut un mois, la mère mourut au bout de 36 heures. (Sue, *Essai historique sur l'art des accouchemens*, t. I, p. 209.) Tel encore cet autre fait observé par Lechaptois, et rapporté par M. Deneux (*Essai sur les ruptures de*

la matrice, p. 35), d'une femme qui eut le bas-ventre et la matrice déchirés transversalement par les cornes d'un taureau; l'enfant sortit à travers cette large ouverture avec une grande quantité de sang. Ce ne fut qu'une heure après que l'on fit la section du cordon ombilical par lequel l'enfant tenait encore à sa mère. Il vécut huit heures; la mère était parfaitement guérie au bout de six semaines.

D'autres fois la plaie n'est pas assez grande pour laisser passer le produit de la conception, et on a dû agrandir l'ouverture pour pouvoir l'extraire, ainsi qu'il est arrivé dans les cas publiés par Schmucker (*Mélang. de Chirurg.*, ancien journal de méd., t. LXVI, p. 354.) La femme guérit aussi complètement en moins de quarante jours.

On peut déjà inférer de ces faits que les solutions de continuité de la matrice, alors même qu'elles présentent des conditions les plus défavorables, comme quand elles sont produites par déchirement, n'offrent par elles-mêmes aucun caractère de gravité. Plus elles sont étendues, plus le dégorgement sanguin qui en résulte est abondant, moins l'inflammation traumatique sera intense. Dans tous les cas, ces plaies, d'abord étendues, se trouvent bientôt réduites à de très-petites dimensions, par suite du retrait de l'organe.

Les indications sont les mêmes qu'après l'opération césarienne, lorsque l'enfant a été chassé par la plaie. Si celle-ci est trop étroite pour le laisser

sortir, il convient de l'agrandir suffisamment, comme l'a fait Schmucker. Mais si elle était exiguë, qu'elle résulte par exemple d'une perforation par un corps pointu, comme dans le fait de *Planchon*, la conduite du praticien doit varier et être dirigée par la nature des accidens qui se présentent. On doit d'abord combattre les accidens nerveux que développe ce genre de blessure; prévenir, par des applications froides, l'hémorrhagie, l'engorgement sanguin local, et l'inflammation consécutive. On devra ensuite déployer contre celle-ci un traitement antiphlogistique proportionné à son intensité. Peut-être ainsi empêchera-t-on non-seulement les suites ordinairement si fâcheuses pour la mère, mais même la préservera-t-on d'un accouchement précoce. Mais si les accidens paraissaient devoir être redoutables, peut-être conviendrait-il de provoquer la délivrance avec les voies naturelles. Enfin, la gastro-hystérotomie présenterait encore des chances de salut dans quelques cas.

DEUXIÈME DIVISION.

RUPTURES PROPREMENT DITES DU CORPS DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE.

L'état de gestation donne de la souplesse aux parois utérines; elles acquièrent une extensibilité progressive. Ce n'est pas ici le lieu de discuter si

cette extensibilité est en partie active, c'est-à-dire si l'utérus jouit de l'expansibilité vitale, ou si elle est entièrement passive. Cette extensibilité se trouve contrebalancée par la résistance organique entièrement passive, et dont la force est en rapport avec l'épaisseur des parois utérines, et surtout avec le plus ou moins de tenacité des fibres qui les composent. Ces deux propriétés opposées, qui dotent cet organe d'une certaine élasticité, donnent à ses parois la faculté de prêter ou de résister dans certaines limites aux causes qui tendent à les distendre, soit de dedans en dehors, ou de dehors en dedans, et par suite à les rompre.

Contre les causes qui agissent lentement, toute résistance est vaincue, et l'extensibilité n'a pas de bornes. La dilatabilité de l'utérus est telle alors qu'elle permet, par exemple, aux grossesses monstrueusement multiples, ou compliquées d'hydrométrie, de parvenir à terme. Cependant elle n'est pas égale chez toutes les femmes. Parfois les parois utérines semblent ne se prêter qu'avec peine à la distension nécessaire au développement du produit de la conception. La dilatation s'opère alors aux dépens du col, qui s'efface long-temps avant le terme ordinaire. Les membranes n'étant plus soutenues, s'engagent à travers les orifices, se rompent soit spontanément, ou sous l'influence du moindre effort. C'est là une des causes des accouchemens précoces auxquels sont exposées les primipares, et cer-

taines femmes qui ne peuvent jamais arriver à terme.

Mais, ordinairement, c'est d'abord aux dépens du corps de l'utérus que s'opère le développement du germe fécondé. Ce n'est que du cinquième au sixième mois de la grossesse que le col participe à l'agrandissement de la cavité utérine; encore n'est-ce qu'aux approches du terme, ou même pendant les efforts du travail parturitif, que cette partie perd complètement son épaisseur et s'efface.

CHAPITRE Ier. — MÉCANISME ET CAUSES DES RUPTURES DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE.

Ces causes se rapportent à deux grandes divisions. Les unes sont externes, elles agissent par compression sur l'utérus; les autres viennent de l'intérieur de l'organe, elles agissent par distension ou par pression directe.

La compression vient tantôt de l'extérieur, et agit à travers les parois abdominales, elle est médiate; ou bien elle provient de l'action même des parois abdominales sur la matrice, elle est immédiate.

Art. I. *Ruptures de l'utérus par causes externes ou comprimantes.* — Toute compression appliquée sur l'utérus développé par le produit de la conception, tend à rapprocher ses parois l'une de l'autre, et à diminuer ainsi sa capacité. Mais comme les matières que cet organe renferme ne sont compres-

sibles que jusqu'à un certain degré, elles résistent et se déplacent en vertu de leur mobilité, de manière que ce que la capacité perd dans un sens, elle tend à le regagner vers un autre. Là les parois utérines, pressées par la réaction du contenu, peuvent prêter jusqu'à un certain point, au-delà duquel elles cèdent. La matrice se rompt et éclate, comme le ferait une vessie exactement fermée et pleine d'eau, soumise à une forte pression. Ces ruptures se font donc alors comme par contre-coup, c'est-à-dire dans un endroit plus ou moins éloigné de ceux sur lesquels la cause a agi; elles sont indirectes. Comme pendant la gestation le segment inférieur de la matrice, représenté par le col, se trouve la partie la plus résistante de cet organe, c'est constamment au corps de ce viscère que se font les ruptures par compression externe. Comme aussi la paroi antérieure de l'utérus, sur laquelle est appliquée la violence, est soutenue par l'agent lui-même, tandis que la paroi postérieure l'est par la colonne vertébrale et ses annexes, et que le bassin maintient le segment inférieur, ces régions se trouvent ainsi être à l'abri des ruptures par compression; aussi voit-on dans la plupart des observations de ruptures de l'utérus arrivées pendant la grossesse et occasionées par compression externe, qu'elles ont eu leur siége sur les parties latérales de l'organe, et surtout vers le fond.

Cependant la matrice, par sa position oblique ou

d'anteversion naturelle, présentant son fond presqu'entièrement dirigé en avant, est dès lors accessible aux violences rupturantes par compression agissant verticalement dans la direction du bassin. Dans ce cas, la rupture peut occuper le segment inférieur de la matrice, au voisinage du col. Elle aurait ce même siége dans le cas où elle serait produite par la flexion forcée du corps en avant.

Ire SÉRIE. — *Causes extérieures ou médiates. Compression du ventre.* — La compression de l'utérus est le plus ordinairement médiate, c'est-à-dire due à des causes extérieures, comme des coups ou des chutes sur l'abdomen, la pression de cette région par le reculement d'une voiture contre un mur, ou le passage de ses roues sur le ventre. L'ancien Journal de Médecine rapporte qu'une femme éprouva une rupture de l'utérus au septième mois de sa grossesse, pour avoir été pressée entre une muraille et une voiture qui reculait.

Quelquefois la contusion du ventre pendant la grossesse n'a d'autre effet que la meurtrissure d'un point plus ou moins étendu des parois abdominales, meurtrissure qui peut disposer à une rupture ou occasioner une perforation, comme on en voit un exemple dans le fait mentionné par Mauritanæus Cordæus (*Hist. de l'Acad. des Sciences,* 1709.) Une femme enceinte reçut un coup de pied de cheval dans les régions de la matrice. Cette partie s'ulcéra, et plus tard donna passage aux os de l'enfant.

Plusieurs circonstances anatomiques ou organiques viennent éluder l'action rupturante des causes que nous venons d'énumérer. A. Ici se présente une question diversement résolue. La présence du placenta défend-elle des ruptures, pendant la grossesse, les régions de l'utérus sur lesquelles ce corps est implanté? Comme c'est précisément vers les points qu'occupe le plus ordinairement le placenta, c'est-à-dire le fond de l'utérus, qu'ont eu lieu la plupart des cas de ruptures par compression, l'opinion affirmative de Levret et d'Astruc sur ce sujet se trouve déjà détruite par les faits. Elle ne supporterait pas d'ailleurs un examen raisonné. Ainsi, si c'est vers les points couverts par le placenta que sont portés les efforts de réaction de l'œuf humain violemment comprimé, ce corps faisant partie intégrante de l'œuf, concourt pour sa part à l'effort de réaction imprimé à la totalité de celui-ci par la force comprimante. Il est donc non pas partie résistante, mais partie agissante solidaire. En effet, on a vu l'œuf humain précipité en entier dans l'abdomen à travers une rupture par compression. Quel rôle protecteur le placenta a-t-il joué dans ces cas?

Lorsque la région sur laquelle le placenta se trouve est frappée de faiblesse congéniale ou pathologique, la présence de ce corps mettra tout au plus cette partie dans des conditions égales, sous le rapport de la résistance, à celles que présentent

les autres points de l'utérus; si donc la violence distendante provenait, non de l'œuf entier, mais du fœtus seul, le placenta ne serait pas encore un obstacle à la rupture des points qu'il semblerait devoir protéger.

B. *Mobilité de l'utérus.* — La mobilité dont jouit la matrice lui donne la faculté de fuir, pour ainsi dire, sous l'action des violences extérieures. Ainsi, une compression suffisante pour déterminer la rupture, si cette cause était appliquée d'avant en arrière, sera sans résultat si elle agit latéralement.

C. Les parois de l'utérus ne sont pas seulement protégées par l'appui efficace de la colonne vertébrale et du bassin, elles sont encore soutenues et fortifiées par les viscères abdominaux qui les environnent, et par l'épaisseur des parois abdominales, surtout quand leur plan musculaire entre en contraction pendant qu'une cause externe agit.

D. On doit aussi tenir compte de la souplesse du tissu utérin pendant l'état de gestation, souplesse qui permet à ses parois d'échapper en se distendant aux effets désastreux de la compression.

Au reste, la résistance qu'opposent les parois utérines à la pression n'est pas égale chez toutes les femmes. Il en est dont la matrice est tellement dure et compacte, qu'elle ressemble à une sphère solide contre laquelle la compression n'a pas de prise. Elle se laisserait, ce semble, broyer avec son contenu, plutôt que de céder. La rupture dans ce cas n'est

guère facile à produire; mais alors la partie sur laquelle porte la violence peut se trouver gravement offensée. La contusion, la meurtrissure et l'inflammation qui en résultent produisent des altérations qui prédisposent aux ruptures consécutives.

Chez d'autres femmes, la matrice est d'une souplesse extrême; on peut l'affaisser au point de pouvoir reconnaître la position et les formes du fœtus à travers ses parois. Celles-ci fuient pour ainsi dire sous le choc le plus brusque et la pression la plus forte, et échappent ainsi aux effets désastreux de ces violences. On a vu des femmes enceintes être précipitées à plat ventre, renversées par des voitures et traversées par les roues, etc., sans que l'utérus, qui avait supporté ces violences, en ait été affecté. Oui, mais alors c'est sur le fœtus que porte tout l'effort et dont il peut être victime. Il arrive dans ces cas ce qu'on observe relativement aux viscères abdominaux, qui peuvent être broyés sans que les parois abdominales soient aucunement lésées.

7e OBSERV. — Coup sur l'abdomen produisant une blessure au fœtus, sans que les parois de l'abdomen et de l'utérus fussent affectées.

La femme d'un sommelier fut violemment frappée au ventre, à droite de l'ombilic, par l'angle d'un panier de blanchisseuse. Elle approchait du terme de sa quatrième grossesse. La douleur qu'elle éprouva fut très-aiguë, mais passagère, et ne l'empêcha pas de terminer la course qu'elle avait entreprise. Les douleurs de l'enfantement se déclarèrent

une dixaine de jours après cet accident. La rupture provoquée des membranes laissa écouler une petite quantité d'eaux fortement colorées en rouge-brun. Malgré l'énergie des contractions utérines et les efforts d'expulsion de la mère, la tête, engagée au détroit supérieur, y restait comme enclouée : on avait employé la saignée et les bains sans succès. Enfin, la matrice tomba dans l'inertie; la femme, faible et fatiguée, paraissait être en danger. Je fus appelé. Cet état durait depuis douze heures. Je reconnus une dilatation complète, la présence d'une tête hydrocéphalique. Le temps pressait. Je me hâtai d'appliquer le forceps, au moyen duquel j'amenai un enfant qui paraissait mort assez récemment. Avec lui s'échappa une grande quantité d'eaux teintes en rouge-brun.

Cet enfant hydrocéphale, et en outre affecté de spina bifida lombaire, présentait à la fesse droite une plaie presque circulaire, à bords irréguliers, de plus d'un pouce de diamètre, avec destruction ou attrition sphacéleuse des parties molles, jusqu'à la fosse iliaque. La matrice restait inerte. J'introduisis la main dans sa cavité pour solliciter ses contractions, favoriser la sortie du placenta, et surtout pour reconnaître dans quel état étaient ses parois.

Le placenta se détacha facilement, ce qui me permit de parcourir avec les doigts toute la surface de la cavité utérine, tandis que ma main gauche, placée sur la région hypogastrique, en suivait les

mouvemens. De cette manière je pus m'assurer qu'il n'existait ni plaie, ni ramollissement, ni cicatrice, ni amincissement dans aucun point des parois de ce viscère. Il est donc probable qu'elles auront cédé, comme les parois abdominales, au choc qui a porté toute sa violence sur la première partie résistante, qui s'est trouvée être le fœtus. De là, plaie contuse, hémorrhagie assez abondante pour teindre les eaux de l'amnios.

E. Comme c'est plus spécialement sur le corps, et notamment sur le liquide renfermé dans l'œuf, que se portent les effets de la compression; comme c'est le déplacement et la réaction de ce fluide incompressible qui produit la pression et la distension précurseur de la rupture, il en résulte que c'est d'abord sur les enveloppes de l'œuf que se fait la pression rupturante. Or, ces membranes opposent déjà leur résistance propre à celle que présentent les parois utérines, avec lesquelles elles sont en contact immédiat; mais ce secours varie singulièrement.

Chez quelques femmes, les membranes amniotiques n'offrent que peu de consistance; elles sont disposées à se distendre ou à se rompre sous la plus légère pression. A peine l'orifice utérin est-il entr'ouvert, qu'elles laissent écouler prématurément les eaux dès les premières douleurs de l'enfantement, ou au moindre effort; ou bien elles s'échappent en sac oblong et mollasse.

Chez d'autres, au contraire, ces membranes présentent une grande épaisseur et une consistance très-considérable. Les orifices utérins ont beau être largement ouverts, les douleurs expulsives actives, les efforts de la femme vigoureux, ces membranes résistent : elles ne se rompent ni ne s'engagent dans le vagin, au fond duquel elles forment un plancher à peine bombé. L'art est obligé d'intervenir pour briser cet obstacle, qui ne cède parfois qu'à la pointe d'un instrument.

F. Des dispositions à peu près semblables s'observent dans l'enveloppe péritonéale de l'utérus : chez quelques sujets cette membrane est mince, fragile; chez d'autres elle a plus de tenacité.

Or, ces dispositions anatomiques influent d'une manière fort remarquable sur les effets des causes rupturantes.

Ainsi, 1° les parois utérines ne possèdent-elles pas l'extensibilité au même degré que les membranes amniotiques, il doit arriver qu'une pression, capable d'opérer la rupture des premières, ménagera les membranes qui, plus souples, céderont en se distendant : la rupture de l'utérus aura donc lieu sans rupture de l'œuf, qui fait alors hernie à travers la crevasse, ou tombe tout entier dans la cavité abdominale.

2° Si les parois utérines jouissent de l'extensibilité à un plus haut degré que la tunique péritonéale, la matrice se comportera envers celle-ci de la même

manière que nous venons de voir, que le faisait l'œuf humain vis-à-vis de l'utérus, c'est-à-dire que sous l'influence d'une certaine pression, le péritoine se rompt, tandis que les parois utérines restent intactes.

Et en effet, l'observation prouve que la tunique péritonéale de l'utérus peut se rompre isolément. Sans participation du tissu utérin sous-jacent, soit par suite du développement parturitif de l'utérus, soit sous l'influence des causes déterminantes de la rupture de cet organe lui-même. L'exemple rapporté par Ramsbotham (Midwifery, part. I, p. 406) était le seul cas connu de ce genre de ruptures incomplètes. On en a tout récemment publié de nouveaux.

8e OBSERVATION.

Une dame accouchée la veille au soir de son septième enfant, après un travail pénible, alla en s'affaiblissant et mourut presque subitement le lendemain matin. Il n'y avait point eu d'hémorrhagie à l'extérieur. On trouva dans la cavité abdominale une quantité considérable de sang qui provenait d'une fissure de plusieurs pouces de long intéressant la tunique péritonéale de la face postérieure de l'utérus, et ne paraissant pas intéresser la substance charnue de cet organe. (*Rambstotham.*)

9e OBSERVATION.

Mistriss W.., âgée de trente-deux ans, était à la fin de sa neuvième grossesse, lorsque le 10 décembre 1824, ayant été frappée d'épouvante, elle fut prise à l'instant même d'une douleur à la partie inférieure du dos, qui s'étendit à tout l'abdomen, accompagnée d'un sentiment de défaillance et de fortes palpitations de cœur. Cependant elle se remit; mais huit jours après, elle ressentit le matin, en montant ses escaliers, des douleurs lancinantes dans la partie inférieure de l'abdomen, avec sensation particulière, indéfinissable, suffocation imminente, douleur au cœur, pouls plein et scintillant. Le travail commença à sept heures du soir, et en quelques douleurs cette femme accoucha d'un garçon à terme, vivant; mais elle alla en s'affaiblissant et expira en moins de trois quarts d'heure.

A l'autopsie, on trouva dans l'abdomen une grande quantité de sang liquide au voisinage de l'utérus. Les ligamens larges en étaient injectés. La matrice n'était point contractée, et présentait à sa surface antérieure deux longues déchirures ou lacérations et une plus petite. Ces fissures intéressaient le péritoine et quelques fibres superficielles de l'utérus. C'est de là que venait le sang épanché. (Francis White, *The Dublin, Journal of medical and chimical Sciences.*)

10ᵉ OBSERVATION.

Une femme, âgée de vingt-cinq ans, enceinte pour la première fois, fut prise des douleurs de l'enfantement à huit heures du matin : le travail marcha régulièrement durant deux heures. Alors survinrent tout à coup des douleurs dans l'abdomen, des nausées, de l'agitation, de l'abattement. Elle mourut à dix heures et demie du soir, sans être délivrée. Immédiatement après on retira un enfant mort, suivi du placenta.

A l'autopsie, on ne trouva aucune apparence morbide dans la cavité abdominale, ni dans aucun de ses viscères. L'utérus était légèrement contracté. A la surface postérieure, environ une once de sang était déposée dans le repli du péritoine. On y trouva quarante à soixante lacérations transversales de la tunique péritonéale. (Clarke, *Transactions for the improvement of medical and surgical Knowledge*, t. III.)

11ᵉ OBSERVATION.

Une femme étant en travail, se plaignit tout à coup d'une douleur et d'une angoisse inaccoutumées, et présenta, sans causes manifestes, les plus alarmans symptômes. L'accouchement se fit néanmoins par les seuls efforts de l'utérus. Il survint du délire, de l'agitation, et la femme succomba six heures après la délivrance.

L'autopsie montra une grande quantité de sang

épanché dans l'abdomen. L'utérus était fortement contracté, et en arrière, près de son fond, on trouva une rupture couverte de sang caillé. Ses bords étaient irréguliers et entourés de taches rougeâtres. Près de cette longue déchirure étaient trois ou quatre petites gerçures. En ouvrant la cavité utérine, on trouva que la rupture n'y pénétrait pas.

De ces quatre observations, la seconde du docteur White appartient aux ruptures pendant la grossesse, hors le temps de l'accouchement et indépendamment de ce travail. Mme Lachapelle pense que ce genre de lésions est plus commun qu'on ne le pense : elle croit que la plupart des exsudations sanguines que Ruich, Franck attribuent à un écoulement opéré à travers les trompes, dépendaient plutôt des érosions de la tunique péritonéale de l'utérus. Les signes, dans tous les cas, sont fort obscurs, et aucun ne suffit pour établir un diagnostique certain. Ils indiquent la plupart une hémorrhagie sans rien révéler sur sa source, et des troubles profonds de l'innervation, eux-mêmes mis en jeux soit par le fait de la douleur qui accompagne l'événement, soit par l'anémie.

S'il était possible de reconnaître ces déchirures au moment de leur formation, il faudrait suivre l'indication très-rationnelle proposée par le docteur Charles Johnson de Dublin, et qui a pour but d'exciter un travail prématuré et de précipiter la délivrance. En provoquant de cette manière le retrait

de l'utérus, on préviendrait ou on suspendrait l'hémorrhagie et l'épanchement sanguin.

Enfin, si les membranes amniotiques, épaisses et résistantes, sont douées de moins de souplesse, d'extensibilité que les parois utérines, elles pourront se rompre isolément sous l'influence d'une pression suffisante, sans que le tissu de la matrice, avec lequel elles sont en contact, perde de son intégrité. On voit assez fréquemment des femmes plus ou moins avancées dans leur grossesse, perdre des eaux, après avoir été exposées à la compression soit médiate, soit immédiate de la matrice, et alors que le col n'était pas effacé, ni ses orifices dilatés de manière à laisser supposer que les membranes avaient été rompues au niveau de ces ouvertures. La rupture s'était donc opérée dans une région plus ou moins élevée, et probablement dans un point où la matrice elle-même se serait rompue, si ses parois avaient été moins extensibles. On conçoit dès lors pourquoi, à dater de l'événement, les eaux s'écoulent partiellement et à des intervalles irréguliers, mais toujours sous l'influence de certains mouvemens, de certaines positions que prend la femme. Dans ce cas, en effet, les parois utérines couvrant la déchirure et lui servant comme de soupape, s'en écartent et laissent échapper les eaux qui les pressent, parce que l'utérus se retrouve soumis à quelque compression analogue à celle qui a déterminé la rupture des membranes. Les eaux

filent alors entre celles-ci et l'utérus jusqu'aux orifices, à travers lesquels elles filtrent. Nous croyons cette explication plus satisfaisante et plus probable que celle qui attribue l'écoulement incomplet des eaux, et son retour irrégulièrement périodique, au défaut de parallélisme entre les déchirures des diverses membranes qui composent les enveloppes fœtales.

Ainsi donc, les effets rupturans des violences extérieures, pendant la gestation, se portent isolément tantôt sur les enveloppes amniotiques, tantôt sur la tunique péritonéale de cet organe; mais le plus ordinairement la rupture envahit toutes ces couches à la fois, ou seulement les parois utérines et le péritoine, les membranes ovoïques restant intactes.

12e OBSERVATION.

Une négresse enceinte est prise tout à coup de douleurs déchirantes dans l'abdomen : le ventre se distend outre mesure : mort dans la soirée. A l'autopsie on trouva la matrice déchirée transversalement dans son fond d'une trompe à l'autre. L'orifice utéro-vaginal était fermé : le fœtus, enveloppé dans les membranes intactes, s'était échappé à travers la rupture. Le placenta était resté en place. (*The americ. journal of the ined. scienc.* fév. 1833.)

4° Parfois cependant ces violences externes bornent leur action à décoller les membranes ou le pla-

centa : une quantité plus ou moins considérable de sang, filant alors entre les parois utérines et l'œuf humain, vient s'écouler au dehors. L'avortement en est la conséquence ordinaire. Néanmoins le placenta peut être en grande partie décollé, sans que ce résultat ait lieu. Je ne puis m'empêcher de rapporter à ce sujet un fait bien remarquable, que j'eus la douleur d'observer sur une de mes sœurs.

13e OBSERVATION. — Chute violente sur le ventre; décollement d'une partie du placenta : la grossesse, arrivée alors au sixième mois, continue de parcourir ses périodes ordinaires.

Madame Cha... était au sixième mois de sa seconde grossesse, lorsqu'elle fut violemment renversée, ou plutôt précipitée à plat ventre sur le pavé. Aussitôt, syncope déterminée et par la douleur et par la frayeur. Je la vis un quart d'heure après l'événement. L'utérus était douloureux et sensible à la pression, surtout vers son fond. Ces douleurs avaient des redoublemens assez rapprochés pendant lesquels cet organe se durcissait : le col utérin était épais, allongé, son orifice externe contracté. Pendant le toucher, il s'en écoula environ deux cuillerées de sang liquide noir. Chaque contraction exprimait à peu près la même quantité de ce fluide. (*Saignée d'une livre ; fomentations froides sur l'abdomen ; boissons adoucissantes*, *diète et repos absolu.*) Le soir, il survint un mouvement fébrile. Néanmoins les douleurs étaient moins vives, et leurs redoublemens, ainsi que les contractions utérines.

moins intenses et moins fréquens. Le suintement sanguin avait aussi diminué. L'enfant, auparavant très-mobile, très-vif, avait cessé de remuer depuis l'accident. (*Nouvelle saignée de douze onces.*) Insomnie, inquiétude.

Le lendemain, les contractions sont rares, mais le fond de la matrice reste sensible à la pression. Je fais appliquer 25 sangsues sur cette région.

Le quatrième jour, madame Cha..., qui se sent bien, veut se mettre sur son séant. Une douleur assez vive l'oblige aussitôt de se recoucher, et il s'écoule par la vulve un peu de sang séreux. Je m'attendais à un avortement, je le désirais même, comme pouvant prévenir de plus graves accidens. Mais le neuvième jour et les suivans se passent, et alors les mouvemens du fœtus viennent nous rassurer sur son propre compte. Mais chaque fois que la malade voulait se lever, les douleurs et l'écoulement sanguinolent reparaissaient. Je lui fis garder constamment le lit jusqu'au terme de sa grossesse, et dans cet intervalle je lui pratiquai encore deux petites saignées. Du reste, son état général était très-satisfaisant.

L'accouchement fut prompt et facile, et la délivrance placentaire spontanée. L'enfant, du sexe masculin, était remarquable par son exiguité. Il ne paraissait guère plus développé qu'un fœtus de six mois; il vécut huit jours, pendant lesquels il ne cessa de jeter un cri plaintif. Sa respiration parais-

sait incomplète, et il ne put pas prendre le sein : à peine si on pouvait lui faire avaler quelques gouttes de liquides.

Le placenta attira spécialement mon attention. Il avait près de six pouces de diamètre, il était rond et d'une épaisseur générale de huit à dix lignes; le cordon ombilical était inséré à son centre. La face utérine présentait une large tache d'un blanc mat, lisse et parfaitement distinct du reste de la surface, qui était rosée et villeuse. Cette tache avait une forme ovalaire irrégulière, et présentait plus de deux pouces dans son grand diamètre, et un pouce passé dans l'autre. Elle était dirigée du centre du placenta, où était sa plus grosse extrémité, vers la circonférence, où elle se perdait en se rétrécissant. Cette plaque, épaisse d'une ligne environ, plus mince sur ses bords, représentait une sorte de pseudo-membrane, qui paraissait incrustée sur le placenta. Au-dessous le tissu de celui-ci était compacte et moins coloré que le reste de ce corps; en un mot, il semblait là comme atrophié, desséché. Je ne doutai pas que cette lame ne fût le résidu fibrineux du sang épanché sous le placenta, qui avait été décollé à l'occasion de l'accident arrivé trois mois auparavant. Il est probable que cette interruption dans les communications utero-placentaires aura contribué à empêcher le développement de l'enfant. La commotion qu'il a dû éprouver au moment de la chute a pu aussi avoir quelque influence sur ce résultat.

2e SÉRIE. *Causes comprimantes immédiates ou produites par l'action des parois abdominales.* — La compression de l'utérus peut être produite par la contraction des muscles abdominaux, et par le resserrement de la cavité utérine qui en est la conséquence immédiate, de sorte que cet organe se trouve pressé entre les parois abdominales et les parties résistantes ou osseuses du dos et du bassin. L'éternument, les accès de toux, les efforts de vomissement, le renversement forcé du tronc en arrière, qui ne peut avoir lieu sans que les muscles droits de l'abdomen principalement ne se rapprochent de la colonne vertébrale, et réciproquement, et sans par conséquent que la matrice, placée entre ces deux plans, ne se trouve comprimée; la courbure du tronc en avant, mouvement dans lequel l'utérus se trouve pressé de haut en bas par le rapprochement du thorax du bassin; enfin les accès de colère et les convulsions. Binet trouva le fœtus dans l'abdomen, et la matrice largement déchirée, chez une femme qui avait été prise de convulsions.

Ici encore les effets désastreux de ces causes se trouvent éludés, comme le sont ceux que tendent à produire les causes comprimantes extérieures. C'est ce que prouve la rareté des faits sur ce sujet. Nous supposons que les parois utérines sont dans leur état naturel, que le développement de la grossesse a été régulier, graduel, égal. Dans ces cas, l'action des causes que nous venons d'énumérer n'a en gé-

néral d'autres résultats que la rupture des membranes, leur décollement, ou celui du placenta, et l'avortement consécutif. Il n'en est pas de même lorsque les parois utérines sont le siége d'altérations préalables qui diminuent leur résistance, surtout si ces altérations occupent des régions vers lesquelles s'opèrent le plus généralement les ruptures par compression immédiate, savoir, le fond et les côtés de l'utérus, pour les compressions antero-postérieures, qui sont les plus ordinaires, et la partie inférieure, surtout antérieurement pour les compressions de haut en bas. Lorsque ces prédispositions existent, il n'est pas nécessaire que la grossesse soit avancée, pour que la rupture ait lieu par suite des seuls efforts des parois abdominales.

14e OBSERVATION.—Grossesse de quatre mois. Rupture du fond de l'utérus. Cause prédisposante, amincissement; cause déterminante, accès de colère.

La femme V..., âgée de trente-trois ans, autrefois d'une forte complexion, et d'une bonne santé, se livrait souvent à des accès de colère, portés quelquefois jusqu'à la frénésie.

Son premier accouchement fut heureux. Dans le cours de sa seconde grossesse, elle fit une chute qui provoqua l'avortement. Je ne pus obtenir de renseignemens circonstanciés sur cet événement, qui était arrivé cinq ans environ auparavant : mais j'appris que depuis cette époque, cette femme avait eu une métrorrhagie presque continuelle, qui la jeta

progressivement dans un grand état de faiblesse, altéra d'une manière sensible sa santé et lui fit perdre toute son ancienne vigueur. Elle eut cependant deux enfans dans cet intervalle, et, chose remarquable, elle reprenait de la force et de l'embonpoint pendant ses grossesses, ce qu'elle attribuait à la suppression de sa perte. Le dernier de ces deux enfans a deux ans. Elle était donc enceinte pour la cinquième fois, et parvenue au quatrième mois de sa grossesse. Elle avait repris de la force et de l'embonpoint, lorsque, le 24 décembre 1824, elle s'abandonna à un accès de colère extrêmement violent vers neuf heures du soir.

Revenue à elle, et encore tremblante, elle se plaignit d'avoir ressenti dans le ventre une vive douleur, accompagnée d'un *claquement* (c'est l'expression dont elle s'est servie). Cependant la nuit fut assez calme, et pendant toute la journée du 25, cette femme put vaquer à ses occupations ordinaires, qui consistaient à faire des ménages.

Après une bonne nuit, elle s'aperçut, le 26 au matin, que sa chemise était tachée d'un peu de sang. Cette circonstance, jointe à un sentiment de pesanteur analogue à celui qui précédait ordinairement l'irruption des règles, ou plutôt de ses pertes, lui firent naître l'idée que peut-être elle n'était pas enceinte. Elle alla donc seule jusque chez la sage-femme, demeurant assez loin de chez elle (de la rue de la Marche au carré Saint-Mar-

tin). Celle-ci la toucha, la rassura sur ses craintes, et lui conseilla seulement du repos. Madame V.... était sortie à onze heures, elle ne rentra qu'à midi et demi, et mangea de bon appétit. A trois heures, se sentant encore faim, elle prit un potage. A quatre heures, elle se rendit de sa maison n° 1 au n° 15 de la même rue pour remplir des occupations domestiques. Mais elle fut bientôt et subitement contrainte de les suspendre par la violence des douleurs qui se manifestèrent tout à coup dans l'abdomen. Elle revint chez elle, se mit au lit; les douleurs n'en continuèrent pas moins; elles se réveillaient surtout lorsqu'on soulevait la malade pour lui donner à boire. L'estomac ne put rien supporter : il rejeta non seulement des vestiges d'alimens pris dans la journée, mais même les boissons presqu'aussitôt qu'elles étaient avalées. Cependant cette femme put encore prendre quelque peu de repos dans le courant de la nuit. Mais le 27, à sept heures du matin, elle se sent oppressée, pâlit, pousse deux hoquets et expire en pleine connaissance. M. le docteur Chapotin est appelé aussitôt, mais il ne trouve plus qu'un cadavre.

La promptitude de la mort chez une femme bien constituée, qui n'avait été soumise à l'action d'aucune cause funeste présumable, qui n'avait éprouvé aucun symptôme remarquable, l'extrême pâleur de la face et du corps, la nature des derniers symptômes, firent soupçonner une hémorrhagie interne,

dont il importait de connaître la source, que l'on soupçonna devoir être dans l'abdomen. Je fus chargé de faire l'autopsie cadavérique en présence de MM. les docteurs Mercier et Dutaret.

Il était une heure de l'après-midi, le corps était raide, presque généralement froid, et commençait déjà à exhaler une odeur cadavérique. Une large ecchymose *post mortem* donnait aux fesses une teinte livide.

L'abdomen était tendu, mais peu résonnant. Je l'ouvris par une incision cruciale. Dès que le scalpel entama le péritoine, un flot de sang noir, encore tiède, s'en échappa, entraînant des caillots de même nature. Toute la moitié inférieure de la capacité abdominale était remplie de ce fluide en grande partie coagulé, dont la quantité peut être évaluée à environ quatre livres. A la surface de cet épanchement, et immédiatement sous les parois abdominales, surnageait un fœtus mâle, que nous jugeâmes âgé de quatre mois. Il était mort. En suivant le cordon ombilical encore intact, nous le vîmes s'enfoncer dans l'utérus à travers une déchirure existant à la partie supérieure médiane et un peu postérieure de ce viscère, mais correspondant, vu l'obliquité antérieure de l'axe de l'organe, à sa partie la plus élevée. Cette ouverture avait deux pouces dans son plus grand diamètre, qui était tranversal, et quinze lignes d'avant en arrière. Les bords en étaient presque aussi droits et réguliers que si la

division en avait été faite par un instrument tranchant.

En cet endroit, et dans l'espace d'environ deux pouces de circonférence, les parois de l'utérus étaient moins consistantes, et de moitié moins épaisses que partout ailleurs. Près du bord antérieur de la déchirure rampaient, sous la tunique péritonéale, quelques veines variqueuses, larges et rapprochées les unes des autres, de manière à former une sorte de tache noire qui tranchait sur la couleur blanchâtre de la surface de la matrice. Cet organe, revenu sur lui-même, était complètement rempli par le placenta, dont une portion, grosse comme un œuf de poule, faisait saillie à travers la déchirure, en tenait les bords écartés, et lui donnait une forme elliptique. Cette masse était intimement adhérente à la surface interne de la matrice; le col utérin, long d'un pouce et demi, était épais, dur et serré.

La surface péritonéale n'offrait pas la plus légère trace d'inflammation; les parois abdominales ne présentaient aucune altération qui eût pu faire soupçonner de violence extérieure.

Remarques. — L'amincissement et le ramollissement de la partie siége de la rupture, l'existence de vaisseaux variqueux à sa surface, caractérisaient une altération plus ou moins ancienne, mais dont il n'était pas facile de saisir l'origine. Remontait-elle jusqu'à l'époque de la chute que fit la femme V.... pendant sa seconde grossesse? Cet accident aurait-il

alors produit une contusion directe, ou une distension dans ce point altéré, d'où serait résulté un affaiblissement de cette région? N'est-ce pas à cette altération qu'il faut attribuer la ménorrhagie habituelle qui minait la santé de cette femme? Si depuis elle a eu deux grossesses sans éprouver d'accidens, peut-on en inférer que l'utérus n'était pas malade? Ces deux grossesses pourraient bien n'avoir eu d'autre effet sur cette altération que d'augmenter son amincissement. On peut se demander si, sans l'accès de colère qui a déterminé la rupture, la dernière grossesse n'aurait pas pu parcourir toutes ses périodes comme les précédentes, et si l'accouchement, n'éprouvant aucun autre obstacle, ne pouvait pas avoir également lieu sans accident.

Au reste, il est facile de concevoir comment un accès de colère a produit la rupture, en exposant la matrice à être violemment secouée, fortement pressée par les contractions spasmodiques et convulsives des parois abdominales contre la colonne vertébrale. L'œuf comprimé, et ne pouvant trouver issue à travers le col utérin, allongé et dur, a porté tout l'effort de réaction contre une des régions les moins soutenues des parois de l'organe, et là justement où existait le moins de résistance à cause de l'altération dont il était le siége. La rupture en a été le résultat.

La douleur et le *bruit de claquement* que la femme V.... ressentit dans le ventre pendant l'accès

de colère prouvent que c'est alors que cette rupture eut lieu; mais le calme de près de trente-six heures qui succéda à cet orage ne peut être conçu qu'en admettant ou que la rupture a été d'abord très-bornée, ou qu'une portion du placenta ou du fœtus s'est engagée dans la crevasse, l'a exactement remplie, et a ainsi prévenu l'épanchement et l'hémorrhagie. On pourrait encore raisonnablement supposer, en appliquant à ce cas les remarques que nous avons faites sur la résistance que présentent parfois les membranes, on pourrait supposer, dis-je, que l'œuf humain a produit la rupture sans lui-même se rompre, comme il dilate et s'engage à travers le col utérin plus ou moins résistant sans être entamé. L'extrémité de l'œuf correspondant à la déchirure l'aurait donc alors remplie et bouchée. Mais cette digue, quelle qu'elle soit, n'a pu résister à un nouvel effort. Ce n'est que le 26, à quatre heures du soir, que les suites ordinaires de ce genre d'accident ont brusquement débuté. Il est probable qu'un mouvement violent, comme pour soulever les matelas, ou une posture vicieuse ou forcée, en soumettant la matrice à une nouvelle compression, l'aura sollicitée à refouler son contenu, à rompre enfin les membranes, etc. Il est aussi présumable que les eaux et le fœtus auront été seuls chassés dans l'abdomen pour le moment, et que ce n'est que le 27 au matin que le décollement d'une partie du placenta a donné lieu à l'hémorrhagie, et occa-

sioné la décoloration subite du corps, les étouffemens, le hoquet et la mort, qui a suivi presque immédiatement l'explosion de ces symptômes.

Nous n'ajouterons plus qu'un mot pour faire remarquer la direction transversale de la rupture, et la netteté de ses bords.

L'observation suivante présente beaucoup de rapports avec la nôtre, seulement le temps qui s'est écoulé entre l'événement et ses résultats mortels n'a pas été aussi considérable.

15ᵉ OBSERVATION. — Altération prédisposante. Rupture à deux mois de grossesse, déterminée par des efforts de vomissement (1).

Le 3 juillet 1808, M. Collineau fut appelé à quatre heures du matin près d'une femme âgée de vingt-six ans, qui depuis trois heures éprouvait une colique très-violente. Il trouva cette femme se roulant dans son lit, et poussant de longs gémissemens que lui arrachait la douleur. La face était très-pâle, la peau couverte d'une sueur froide; le pouls petit, inégal, vite et intermittent. Le ventre était gros, mais ni dur ni douloureux au toucher. La malade ne put répondre aux questions qu'on lui adressa, qu'en désignant la région hypogastrique, et disant avec effort que c'était de là qu'elle souffrait. Le mari dit que depuis trois mois ses règles manquaient, qu'elle était mal portante, mais qu'elle attribuait cet état à une grossesse probable; que la veille,

(1) M. Collineau, *Journal général de médecine.*

2 juillet, au soir, elle avait mangé des choux-fleurs et du petit salé; que, vers une heure du matin, elle avait été prise d'une très forte colique *accompagnée de vomissemens* et suivie de défaillances pendant lesquelles *elle était froide comme le marbre.* Pendant ce colloque, la femme se tourna sur le côté et mourut.

Autopsie cadavérique. Embonpoint assez considérable, ventre volumineux et tendu. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula un peu de sérosité et une grande quantité de sang : après avoir enlevé un très-grand caillot qui recouvrait les viscères abdominaux, on trouva un fœtus de deux mois environ, et qui était sorti de la matrice par une ouverture qui se trouvait au fond de ce viscère près de son angle gauche. Le placenta était attaché près de cette ouverture, dont les bords étaient minces et frangés. Ce viscère était revenu sur lui-même de manière à embrasser exactement le placenta. Ses parois étaient épaisses de quatre à cinq lignes, excepté dans le lieu de la rupture, ou, dans l'espace de plus d'un pouce de diamètre, elles étaient très-amincies. Le col de la matrice était long et épais.

L'auteur de cette intéressante observation se demande, sans se prononcer, si l'amincissement observé autour de la rupture était un vice de conformation ou un état pathologique : faute de détails suffisans, nous partageons son doute. Mais il n'en est pas de même de l'opinion qu'il semble avoir,

que la rupture a pu être déterminée par l'effort que cette femme avait fait, la veille de sa mort, pour enlever de terre et poser sur une table un vase très-pesant, chargé d'eau et de linge. Comme alors rien de ce qui s'observe quand s'opère une rupture utérine, n'a eu lieu, n'est-il pas présumable que cette cause n'aura agi qu'en augmentant la distension, l'amincissement de la portion déjà altérée de la matrice, et que surprise en cet état défavorable par les efforts de vomissemens qui ont eu lieu dans la nuit, c'est alors seulement que la déchirure s'est faite ? Les symptômes qui ont accompagné et suivi ces vomissemens prouvent du reste que ceux-ci ont été la cause déterminante de cet événement.

16[e] OBSERVATION. — Rupture de la matrice au troisième mois de la grossesse, déterminée par un effort.

Dans le courant de messidor an II, M[me] Grollé, de Saint-Symphorien, âgée de trente ans, d'un tempérament mou et pituiteux, ayant eu cinq enfans et plusieurs fausses couches, portait sur sa tête un fardeau, étant alors enceinte de trois mois. Elle fit un faux pas, et dans l'effort qu'elle fit pour s'empêcher de tomber, elle ressentit une douleur violente dans la matrice, suivie d'une sensation de chaleur dans le ventre, de défaillances, de sueurs froides et de syncope. Transportée chez elle, le pouls était petit, faible, intermittent : ventre dur et tendu, face pâle, lèvres décolorées, yeux éteints, respiration difficile : prostration des forces sans hémorrhagie

extérieure. (Fomentations d'oxycrat froid sur le bas-ventre, position horizontale, repos, diète, tisanne de riz). Le lendemain, la chaleur de la peau s'éleva, la malade put articuler quelques paroles.... Le quatrième jour, il y eut un léger mouvement de fièvre, suivi d'une chaleur générale. Après quinze jours de repos, elle se leva et vaqua à ses affaires sans ressentir d'autre incommodité qu'un peu de faiblesse. Un mois après l'accident, les symptômes analogues aux précédens reparurent avec beaucoup d'intensité. Les mêmes moyens furent sans efficacité, et trois jours après, la malade mourut.

A l'ouverture du bas-ventre, il sortit environ deux pintes de sang noir et liquide. Il existait au-dessus de l'utérus un caillot aplati, de la largeur de la main, un peu moins épais, brun, tenace, consistant, élastique, adhérant à la surface antérieure de la masse intestinale, et au fond de l'utérus près de l'insertion de la trompe droite, sur une crevasse d'un pouce d'étendue, crevasse correspondant à l'implantation du placenta. La cavité utérine contenait un fœtus mâle de 3 à 4 mois, bien conformé. (J. B. Puzin, thèse 1809.)

Ce fait est remarquable, 1° par l'époque de la grossesse à laquelle il est arrivé; ce qui doit faire présumer que les parois utérines portaient quelque prédisposition probablement occasionée par ou pendant les accouchemens précédens; 2° par le siége de la rupture à l'endroit où était inséré le pla-

centa; 3° par le rétablissement de la santé après l'accident, et quoique tout annonçât évidemment un épanchement de sang considérable; 4° par le long espace de temps qui s'est écoulé entre l'événement et l'instant où le renouvellement de l'hémorrhagie, ou peut-être la rupture du pseudo-kyte qui a dû se faire autour de l'épanchement, auront eu lieu.

Il y a tout lieu de croire que dans les autres cas publiés de ruptures présumées spontanées de l'utérus à une époque peu avancée de la grossesse, l'altération de cet organe y avait prédisposé. Tel est le fait de rupture opérée à deux mois, observé par M. Moulin (1); celui de M. Campbell qui eut lieu à quatre mois (2).

La direction dans laquelle s'est exercée la compression rupturante peut faire juger de celle qu'affectera la rupture. Ainsi, quand la cause agit d'avant en arrière, de manière à produire la rupture des parties latérales ou du fond de la matrice, les crevasses se font verticalement dans le premier cas, transversalement dans le second. La rupture sera plutôt transversale et de forme sémi-lunaire, si elle a son siége vers le segment inférieur de l'utérus, et qu'elle soit déterminée par une pression exercée dans le sens de la hauteur de ce viscère.

Au reste, le siége précis aussi bien que la direc-

(1) *Archives générales*, tom. IX, p. 132.
(2) The Lancet, 1829, vol. I, p. 31.

tion et la forme de la solution de continuité, peut varier autant que la direction imprimée à la compression. Le déplacement et le changement de forme de l'œuf humain obéissant à ces impulsions diverses, il reportera ses efforts de réaction vers des points également variés.

Nous supposons jusque-là la matrice dans un état parfait d'intégrité, ses parois offrant dans tous leurs points la même disposition harmonique à céder au développement du produit de la conception et à résister également à l'action d'une compression violente ou d'une distension brusque. Mais si quelque région ne se trouve pas dans ces dispositions, ou ne les présente qu'à un faible degré, cette partie cédera nécessairement plus volontiers à la réaction comprimante du produit de la conception; bien que ce ne soit pas vers elle que soit dirigé le plus grand effort de réaction, ce sera elle qui pourra devenir le siége de la rupture.

Ainsi les altérations prédisposantes des parois de la matrice influent sur la détermination du siége des ruptures de cet organe pendant la grossesse, et qui sont dues à la compression par cause extérieure.

Art. II. — *Ruptures de la matrice par distension.* — Nous n'avons à nous occuper des ruptures durant la grossesse, qu'autant qu'elles ont lieu pendant le repos ou l'état de relâchement des parois de la matrice; celles sur la productions desquelles

les contractions utérines ont quelque influence occasionelle ou déterminante, appartiennent nécessairement à l'accouchement, qu'il arrive à terme ou qu'il soit prématuré. Dans celles-ci, les parois utérines jouent un rôle actif : elles sont entièrement passives dans les autres, leurs propriétés de tissu sont alors seules mises en jeu. Aussi, les considérations que nous avons présentées sur l'état de ces propriétés, sur la manière dont elles résistent ou cèdent aux causes susceptibles de produire la rupture, sont applicables aux cas présens. Elles nous serviront à évaluer l'action et l'influence des causes de rupture par extension, et à apprécier la valeur des faits donnés comme exemples ou preuves.

La matrice jouit donc d'une extensibilité qui peut être portée au plus haut degré, pourvu que la cause qui la met en jeu agisse lentement et progressivement. Sous cette condition, les parois de ce viscère sont susceptibles d'acquérir un développement très-considérable, et l'organe un volume énorme. Mais pour qu'elles puissent supporter cette extension sans risques, il est nécessaire qu'elles présentent ce complément d'organisation qui rend tous ses points également résistans ou également extensibles. « Nous avons vu certaines femmes, dit « Mme Lachapelle (1), dont l'abdomen, énormément « distendu, lisse et luisant, offrait une sorte de trans-

(1) *Prat. des Accouch.*, t. III, p. 103.

« parence. Il semblait qu'une mince membrane sé-
« parât seule de l'air extérieur l'enfant et l'eau qui
« l'entoure. Il semblait que le moindre effort allait
« briser cette frêle enveloppe, et cependant nulle de
« ces femmes n'a éprouvé le moindre événement
« fâcheux. »

J'ai plusieurs fois observé des exemples analogues; je citerai entre autres celui d'une femme dont le ventre, à sa troisième grossesse, avait acquis un volume si prodigieux, qu'à dater du sixième mois, il était déjà comme au terme de la gestation. Dès cette époque, cette femme ne put se tenir ni debout ni couchée. Elle passait ses jours et ses nuits dans un fauteuil, le corps renversé en arrière et les jambes allongées pour faire place au ventre qui pressait les cuisses. On sentait parfaitement la fluctuation, et, malgré cette énorme distension, les parois utérines étaient encore assez souples pour permettre de distinguer que la grossesse était multiple, et de sentir assez distinctement la forme, la position et les mouvemens des deux enfans. Elle accoucha très-heureusement, à huit mois et demi environ, de deux garçons très-vigoureux, avec émission d'une énorme quantité d'eau. Le premier des enfans vint par la tête, le second par les fesses. La matrice ne revint que très-incomplètement sur elle-même. Une perte inquiétante se manifesta, et ce ne fut qu'après cinq heures de soins et d'anxiétés que je pus espérer de sauver cette femme. Elle se rétablit

complément, et depuis elle est redevenue mère.

Ainsi donc, que les parois utérines, ainsi que les membranes, prêtent ou résistent à l'expansion résultant du développement plus ou moins rapide, plus ou moins considérable du produit de la conception, la rupture ne peut être déterminée par cette cause; mais il va sans dire que plus la dilatation est grande, plus les parois amincies sont exposées à céder aux autres causes déterminantes, et qu'ainsi le grand développement de la matrice devient cause prédisposante de ruptures de cet organe.

L'épanchement de sang dans la cavité utérine par le décollement du placenta, ajoutant au volume du produit de la conception, et opérant une distension plus ou moins rapide, peut-il devenir cause de rupture de l'utérus? Non; car, ou bien les parois utérines, quoique privées de l'appui des membranes amniotiques dont elles sont séparées alors par l'épanchement, céderont en vertu de leur extensibilité jusqu'à ce que la quantité de sang soit assez considérable pour occasioner la syncope ou la mort par anémie; ou bien elles résisteront, et alors la compression réactive du contenu de l'organe contre toute sa surface interne opposera aux bouches vasculaires une digue à l'écoulement ultérieur du sang. L'hémorrhagie se trouvera donc arrêtée avant d'être assez considérable pour vaincre la résistance des parois utérines au point de les rompre. Par les

mêmes raisons, en supposant que l'occlusion complète des orifices s'oppose à ce que le sang, filant entre les membranes et les parois utérines, vienne trouver un débouché au dehors, comme il arrive ordinairement dans les cas d'hémorrhagie interne pendant la grossesse, la rupture ne pourrait encore en être le résultat, ainsi que quelques auteurs ont paru le penser en indiquant ces circonstances parmi les causes de rupture spontanée de l'utérus.

Je vais plus loin, et je dis que quand même un point des parois utérines aurait moins d'épaisseur et de consistance que les autres parties, la distension graduelle produite par le développement du contenu de l'utérus serait, dans les cas ordinaires, insuffisante pour occasioner la rupture, malgré cette prédisposition.

La compression excentrique du produit de la conception ne porte-t-elle pas également sur toute la surface de la cavité utérine? La force expansive n'est-elle pas dès lors répartie, et par conséquent divisée de manière que chacun des points des parois utérines n'a à en supporter qu'une faible proportion? Donc la fraction de compression répartie au point le plus faible sera elle-même trop faible pour vaincre l'extensibilité de la résistance telle quelle de ce point. Le fait dont j'ai donné plus haut l'histoire (page 42) vient à l'appui de l'opinion que nous manifestons, et qui nous paraît irrécusable. Chez cette femme, on trouve à l'ouverture cadavérique une

rupture de la matrice dont les bords présentaient les marques d'une altération ancienne, savoir, de l'amincissement, de la décoloration, de la fragilité, enfin un accompagnement de vaisseaux variqueux. En se reportant aux antécédens, on ne peut douter que cette altération n'ait été le résultat de l'événement arrivé cinq ans auparavant, et qui avait alors occasioné l'avortement. Depuis cette époque, en effet, cette femme avait été en proie à des symptômes qui indiquaient une lésion de l'utérus, et cependant elle devint deux fois enceinte; ses grossesses se passèrent sans accident, et l'accouchement s'opéra naturellement. L'action expansive du produit de la conception n'avait donc pas déterminé la rupture de ce point affaibli. Cette condition prédisposante avait aussi supporté deux fois sans encombre le travail de l'enfantement.

Ceux qui ont dit que la matrice pouvait se rompre spontanément par la seule influence du développement de son contenu, ont admis cette opinion sans examen, sans discussion. Les faits qui pourraient lui servir de preuve sont trop incomplets pour qu'ils puissent faire autorité sur ce sujet; et ceux-là mêmes que l'on a plus spécialement invoqués offrent précisément des circonstances qui viennent détruire l'hypothèse qu'ils étaient appelés à prouver. Un article du *Dictionnaire des Sciences médicales* (T. XLVII, p. 234) en présente un exemple remarquable; nous le transcrivons :

17e OBSERVATION. — Rupture présumée spontanée.

« Enfin, dit l'auteur de cet article, on a vu la ma-
« trice se rompre spontanément, c'est-à-dire sans
« cause connue, avant le terme de la grossesse.
« Comme je crois ce fait assez rare, je vais rappor-
« ter une observation qui a été publiée récemment
« en Angleterre. (*The London, medical Repertory*,
« mai 1817.)

« M. Thomas Hott, de Bronsley, fut appelé, le
« 16 janvier 1817, auprès de Mme Hill. Il la trouva
« couchée et *vomissant* une grande quantité de mu-
« cus glutineux. A chaque effort qu'elle faisait pour
« vomir, elle paraissait près de s'évanouir; mais son
« pouls était en bon état, et elle n'offrait point d'au-
« tres symptômes. Sa grossesse datait de six mois.
« Jusque là son état avait été satisfaisant. Elle fut
« éveillée à quatre heures du matin par une vio-
« lente douleur de ventre. Elle avait spécialement
« son siége dans la région ombilicale. Cette douleur
« cessa bientôt, et fut remplacée par le vomissement,
« qui revenait par intervalles. Elle s'affaiblit graduel-
« lement, et mourut le même jour à six heures du
« soir. A l'ouverture du cadavre, M. Hott observa
« que la cavité abdominale était remplie de sang.
« Après avoir renversé les parois de cette cavité, il
« trouva le fœtus et le placenta qui étaient sortis
« par une rupture arrivée au fond de l'utérus. Il est
« probable que cette rupture eut lieu, le matin, au
« moment où la douleur vive se fit sentir. Mme Hill

« avait vingt-six ans. Elle était grosse pour la troi-
« sième fois. Les deux premières couches n'avaient
« présenté rien de remarquable. »

D'abord on ne dit pas dans quel état était la région des parois utérines où la rupture s'est faite, et l'on peut se demander avec l'auteur de l'article, « si « cette malheureuse femme n'avait pas un ulcère « sur le fond de l'utérus. » L'existence de cette altération ou de toute autre agissant comme cause prédisposante rendrait déjà plus facile à concevoir cette rupture prétendue spontanée. Mais la manifestation de cet accident a été précédée de vomissemens; or on admet généralement cet acte pathologique au nombre des causes déterminantes de ruptures utérines. Il a donc pu exercer ici cette influence funeste; donc ce fait ne serait pas un exemple irrécusable de rupture spontanée, occasionée par le fait seul du développement du produit de la conception.

CHAPITRE III. — Ruptures de l'utérus pendant la grossesse par pression directe interne. Mouvemens brusques de l'enfant. Convulsions.

Nous n'accordons pas à ces causes présumées de rupture de l'utérus, du moins pendant la grossesse, la dangereuse puissance qu'on a voulu leur attribuer. Et en effet, la souplesse dont jouissent d'ordinaire les parois utérines leur permet d'obéir à ces déplacemens violens. Dans ces cas, il y a simplement

une déformation qui, se dessinant à travers les parois abdominales, change parfois leur configuration d'une manière remarquable; ou bien les mouvemens du fœtus, quelque violens qu'ils soient, affaiblis d'abord par la présence des eaux qui l'environnent de toutes parts, ne sauraient être en proportion de la résistance que présentent les parois utérines, garanties comme elles le sont par les membranes amniotiques, et soutenues par les parois abdominales.

Lamotte, Grégoire, Leuret, Crantz, Astruc pensaient que l'enfant venant à se redresser brusquement, à se lancer pour ainsi dire contre les parois utérines, pouvait les percer par la violence du coup qu'il leur applique; mais Deventer rejette cette opinion. L'épaisseur de la matrice pendant la grossesse, dit-il, empêche que le fœtus ne puisse rompre si aisément sa prison, en la perçant avec les pieds ou les mains, comme on prétend que cela est arrivé plusieurs fois. Mais lorsque la rupture est commencée, les mouvemens violens de l'enfant peuvent alors la compléter. La mort de l'enfant ne précède pas ordinairement la rupture, comme l'a pensé M. Deneux.

C'est avec autant d'irréflexion, et une interprétation aussi inexacte de faits incomplets, que l'on a adopté cette cause de rupture, comme on a admis les ruptures spontanées. En veut-on un exemple? le voici: ce fait a été recueilli et publié par M. Egge, chirurgien à Londres. (*Méd. and Physique Journal*, novembre 1828.)

18e OBS. — Rupture supposée produite par les mouvemens de l'enfant.

« Madame*** était mariée depuis quatre mois, et dès lors elle éprouvait des douleurs profondes au dos et à la région utérine. D'autres symptômes les compliquaient et semblaient annoncer un avortement. En revenant d'une excursion qu'elle avait faite à Greenwich avec son mari, elle eut des défaillances, des vomissemens, et en moins d'une heure elle succomba... L'utérus présentait à la partie antérieure une rupture longue de cinq pouces (anglais), verticale, et s'étendait jusque sur le placenta. Le fœtus couché au-devant de la matrice était enveloppé de sa membrane, et recouvert de sang coagulé, qui en outre était répandu dans la cavité pelvienne et entre les intestins. L'utérus présentait des taches d'une couleur foncée et qui rendait le tissu où elles se trouvaient facile à déchirer. Le fœtus paraissait être en bonne santé.... Les mouvemens qu'il fit dans la matrice ont été la cause de la rupture de cet organe. »

On ne voit pas sur quel fondement on attribue ici la rupture aux mouvemens de l'enfant, dont on ne parle nullement dans l'observation. L'utérus était très-malade, et cette altération qui rendait ses parois fragiles, et qui paraît avoir été le résultat d'une métrite, existait depuis long-temps : du moins est-ce à elle que l'on peut attribuer les douleurs profondes que la malade n'a pas cessé de sentir dans cette région, depuis le début de sa grossesse. Cette altération ex-

plique comment la rupture a pu avoir lieu à une époque peu avancée de la gestation, époque à laquelle, dans l'état naturel, les parois utérines encore épaisses ne pourraient être rompues spontanément. Les efforts auxquels Mme Hill a été exposée soit dans son excursion, soit par les vomissemens qui ont marqué le début des accidens, n'ont-ils pas pu vaincre le peu de résistance que les parois ramollies de la matrice présentaient. Et puis, remarquez que le fœtus n'avait que quatre mois, et dites s'il est possible qu'il ait pu exécuter des mouvemens assez forts pour rompre largement la matrice, et s'élancer dans l'abdomen, où on l'a trouvé couché !!!!

Art. iv. — *Causes prédisposantes aux ruptures de l'utérus pendant la grossesse.* — Nous avons dit qu'une altération de nature à diminuer la résistance des parois utérines dans un de leurs points, exposait cette région à être rompue, déchirée, sous l'influence de causes déterminantes qui, sans cette prédisposition, eussent été sans effet. Cette altération peut dépendre de différentes affections, de lésions organiques ou vitales, qui elles-mêmes sont sous la dépendance d'autres circonstances. Nous allons en prendre connaissance.

§ 1. *Position de l'enfant.* La pression exercée par quelque partie saillante du fœtus sur les parois de l'utérus, peut-elle en occasioner l'usure, les feutrer, ainsi qu'on l'a dit, comme on voit les autres organes ou tissus même les plus durs s'atrophier,

s'user sous l'influence d'une compression prolongée? N'est-ce pas encore là une supposition toute gratuite, fondée sur des comparaisons mal appliquées. Ne faut-il pas, pour que la pression puisse produire l'usure ou l'atrophie d'un tissu vivant, que son action soit continue, constante et prolongée? Or, ces rapports constans n'existent pas entre le fœtus et les parois utérines. Ils se trouvent à chaque instant changés par les mouvemens de l'enfant, par sa mobilité au milieu des eaux, mobilité telle, qu'il tend à être déplacé à chaque position que prend la femme, à chaque mouvement qu'elle exécute. Les eaux de l'amnios, la surface lisse des membranes rendent ces déplacemens très-faciles. D'ailleurs, comme ce sont ces membranes qui supportent immédiatement la compression, c'est par elles que devrait commencer l'usure!!! Et puis ce ne serait guère que dans les derniers temps de la grossesse que le fœtus pourrait par son poids, par sa consistance, par son volume exercer sur le même point une pression assez forte pour l'user. Cette compression étant graduée par la lenteur du développement, ne se trouverait-elle pas éludée par l'extensibilité des parois utérines qui obéiraient en se distendant? Et puis, n'y aurait-il pas trop peu de temps entre l'époque où le fœtus peut exercer cette compression et le terme de la grossesse, pour laisser supposer qu'elle soit suffisante pour amincir, atrophier, feutrer les parois utérines?

La position de l'enfant, considérée comme cause d'affaiblissement des parois utérines pendant la grossesse, est donc, sinon absolument inadmissible, du moins très-sujette à contestations.

§ 2. Les mêmes objections s'appliquent à l'influence admise de tumeurs avoisinant la matrice, et contre lesquelles viendraient s'user les parois de cet organe. L'utérus, par suite de son développement progressif, change successivement ses rapports avec les parties qui l'avoisinent, de manière que le même point de ses parois ne saurait être assez long-temps soumis à la pression d'une saillie inamovible, comme le serait, par exemple, une exostose, pour que son tissu en soit notablement altéré. Sans nier complètement l'action de ces causes, je pense qu'on leur a accordé beaucoup plus d'influence qu'elles n'en ont réellement.

Des tumeurs intra-utérines, comme un polype par exemple, ne déprimeraient-elles pas les membranes plutôt que d'user les parois utérines?

Mais si ces circonstances n'ont que des résultats douteux ou contestables pendant la grossesse, il n'en est pas de même lors de l'accouchement. Nous verrons le rôle qu'elles jouent comme cause prédisposante de ruptures qui arrivent à cette époque.

§ 3. Le plus ordinairement l'affaiblissement d'un point des parois utérines dépend de causes qui ont agi à une époque plus ou moins antérieure, telles, par exemple, que des coups, des chutes. Ces parois

contuses, meurtries, s'enflamment, se ramollissent, s'ulcèrent. Tantôt alors la rupture survient dans la même grossesse à une époque plus ou moins éloignée de l'accident, comme on le voit dans l'observation de Mauritanus Cordæus précédemment citée; d'autres fois plusieurs grossesses peuvent se succéder après l'accident, parvenir heureusement à terminaison, et la rupture ne se déclarer que dans une grossesse subséquente, ainsi que nous en avons fourni un exemple par notre observation, page 42.

§ 4. Enfin la matrice est susceptible d'être affectée d'une foule d'altérations, d'états pathologiques variés qui, en affaiblissant l'épaisseur ou la consistance de ses parois, exposent les régions qui en sont le siége à se rompre sous l'action des causes déterminantes que nous avons fait connaître. Ainsi la métrite qui rend le tissu utérin plus mou, plus friable; des engorgemens sanguins, variqueux; des ulcérations spontanées, syphilitiques ou traumatiques; des cicatrices résultant de l'extirpation d'un polype, de dilacérations arrivées dans des accouchemens précédens, etc.

Qu'est-il besoin de rappeler que la fécondation et la gestation ne sont pas incompatibles avec l'existence d'une altération plus ou moins profonde et étendue des parois utérines? Seulement ces altérations deviendront, dans le cours de la grossesse, ou pendant l'accouchement, causes d'accidens parmi lesquels la rupture occupe une première place.

Conclusions générales.

De ce qui précède, on peut déduire les corollaires suivans :

1° Pendant la grossesse le corps de l'utérus est seul exposé aux ruptures proprement dites.

2° Ces ruptures peuvent affecter isolément, soit les membranes amniotiques, soit la tunique péritonéale. Ou bien elles envahissent simultanément les parois utérines en même temps que les membranes amniotiques, la tunique péritonéale restant intacte; ou la rupture a lieu sans le concours des membranes amniotiques. Le plus ordinairement la rupture est complète.

3° Ces ruptures résultent toujours de la pression excentrique du contenu de l'utérus, et surtout des eaux amniotiques contre un point plus ou moins étendu des parois de cet organe.

4° Cette pression peut être directement produite par le développement ou l'accumulation de produits physiologiques ou pathologiques dans la cavité utérine. Néanmoins cette pression produisant une distension générale, ne suffit pas dans les cas ordinaires pour occasioner la rupture, quelles que soient l'étendue et la rapidité de l'épanchement intra-utérin.

5° Même, la faiblesse d'un point des parois utérines ne dispose pas essentiellement à la rupture par expansion, et ainsi la rupture spontanée de l'u-

térus doit être considérée jusqu'à présent comme impossible pendant la grossesse.

6° La rupture résulte plus spécialement de la pression indirectement déterminée par la compression de la matrice, compression qui peut être médiate, c'est-à-dire produite par des violences extérieures, agissant sur les parois abdominales, ou immédiate, c'est-à-dire résultant du resserrement de la cavité abdominale par la contraction de ses parois musculaires.

7° La compression immédiate n'est suffisante pour produire la rupture, que quand les parois de la matrice sont le siége d'une altération prédisposante.

8° La compression par violences extérieures, pouvant être portée à des degrés élevés, peut déterminer la rupture de l'utérus, quel que soit l'état sain ou pathologique de ses parois.

CHAPITRE II. — RÉSULTATS DES RUPTURES PROPREMENT DITES DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE.

La mort du fœtus suit plus ou moins immédiatement l'accident; elle résulte ou de la secousse que lui-même a ressentie de la violence qui a déterminé la rupture, ou de la compression qu'il éprouve de la part de l'utérus revenant sur lui-même, quand les eaux seulement sont écoulées dans l'abdomen, ou de son exsanguification dépendante du décolle-

ment du placenta; en un mot, de la suspension de ses rapports avec l'utérus, si lui-même est chassé hors de sa cavité.

La mère n'est pas moins exposée à des dangers pressans; quelquefois elle succombe presque instantanément. L'acuité, la violence, la brusquerie de la douleur résultant de la déchirure, ou du contact insolite du produit de la conception sur le péritoine et les viscères abdominaux, portent un trouble comme foudroyant dans l'innervation. C'est à peine si quelques spasmes, des convulsions précèdent une syncope mortelle.

§ 1er. *Hémorrhagie*, *épanchemens*. Mais le plus ordinairement cet événement funèbre provient de l'hémorrhagie et de l'épanchement consécutif du sang dans la cavité abdominale.

Le sang est fourni par les bords mêmes de la déchirure, par les vaisseaux variqueux qui compliquent ou forment la base de l'altération qui a prédisposé à la rupture; mais il vient surtout du déchirement ou du décollement du placenta.

Alors même qu'aucune partie de l'œuf humain n'est passée dans l'abdomen, l'hémorrhagie seule peut entraîner plus ou moins promptement la mort.

Constatons toutefois que l'hémorrhagie ne suit pas toujours immédiatement la rupture, et qu'elle n'est pas constamment suffisante pour rendre la mort imminente.

Souvent la crevasse a son siége dans une partie

des parois utérines peu pourvue de vaisseaux, soit naturellement, soit par rapport à la nature de l'altération prédisposante. D'ailleurs, le mode même de division qui rend les ruptures analogues aux plaies par arrachement, doit rendre presque nulle l'extravasion du sang. Voilà sans doute ce qui explique comment certains cas de rupture, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement, n'ont donné lieu à aucune hémorrhagie du moins notable, puisque les femmes ont pu se rétablir sans avoir présenté aucun des signes et des accidens propres à l'épanchement sanguin.

La crevasse peut aussi se trouver plus ou moins exactement comblée, soit par une partie du fœtus ou une portion de ses dépendances, soit par un bord du placenta. Toute communication étant alors interrompue entre la cavité abdominale et la cavité utérine, le sang qui provient en général du décollement du placenta ne peut passer de celle-ci dans la première. Si la rupture correspond à une large surface de l'enfant, les effets préservateurs de l'hémorrhagie et de l'épanchement sont les mêmes. Il en sera de même encore si les membranes amniotiques sont douées de cette solidité remarquable dont nous avons précédemment parlé. Elles comblent la crevasse, de la même manière qu'elles bloquent l'orifice et le détroit supérieur à l'époque de l'accouchement.

Enfin, lorsque l'œuf humain est chassé tout en-

tier dans l'abdomen, comme Rambsbotham (1) en cite un exemple, le retrait de l'utérus, dont les parois se contractent, empêche l'hémorrhagie, ou du moins y met plus ou moins promptement un terme. La surface externe du placenta, comprise dans l'ovoïde entier, a cessé de fournir du sang dès l'instant du décollement. Dans le cas donc de précipitation de tout le produit de la conception dans la cavité abdominale, l'hémorrhagie peut être presque nulle ou peu à craindre. L'observation suivante, publiée par M. Bochard dans l'ancien *Journal de Médecine* (tom. V, pag. 42), en est un exemple curieux.

19e OBSERV. — Rupture de l'utérus à sept mois de grossesse. Passage du produit de la conception dans l'abdomen sans épanchement sanguin remarquable. Grossesse consécutive.

« Une femme grosse de sept mois tomba du haut d'un arbre, le 8 août 1754. Dès ce moment son enfant cessa de faire aucun mouvement, et elle souffrit pendant un mois. En décembre suivant, quatre mois après l'accident, on sentait une masse que l'on pouvait faire rouler à volonté dans l'abdomen. Vers les derniers jours du même mois, cette femme eut par la vulve un écoulement sanguinolent qui charriait avec lui des cheveux. Le ventre diminua sensiblement. Pendant tout ce temps, la malade conserva sa santé ordinaire et vaqua à ses

(1) Midwifery, part. 1, p. 406. Murat, art. *Rupture*, du *Dict. des Sciences médicales*.

affaires. A la fin de février 1755, des symptômes de grossesse se déclarèrent, et elle accoucha le 8 décembre suivant, treize mois après la chute, d'un enfant très-bien portant. A la suite de l'accouchement, il y eut suppression des lochies, accompagnée de coliques et de douleurs de reins qui durèrent jusqu'au 5 février 1756. Le 8 mars, elle éprouva de nouvelles douleurs aux reins et dans toute l'étendue du bas-ventre. Il survint une tumeur à l'ombilic, avec des élancemens très-vifs. L'ouverture de l'abcès donna issue à une grande quantité de pus fétide et à la sortie de plusieurs os. On fit l'extraction du reste des os et du placenta, qui était comme pétrifié. La malade guérit parfaitement, et a joui depuis d'une bonne santé. »

La résistance des parois et des viscères de l'abdomen a été considérée comme pouvant s'opposer aux progrès de l'épanchement par la compression que ces parties produisent soit immédiatement sur les points qui fournissent le sang, soit médiatement par l'intermédiaire de ce fluide déjà épanché.

C'est ordinairement dans la cavité du péritoine que le sang s'épanche. Mais lorsque cette tunique n'a pas été comprise dans la rupture, le sang filtre entre elle et l'utérus, il gagne la duplicature des ligamens, le tissu cellulaire du bassin et des lombes. C'est dans ces cas que l'on trouve une couche de sang noir interposée entre le péritoine et l'utérus déchiré, épanchement qui, se modelant exactement

à la surface externe de la matrice, en prend la forme, et peut ainsi en imposer, par sa couleur livide, pour un état gangreneux de ce viscère. (BAILLIE, *Anatomie pathologique.*)

§ 2. *Inflammation, suppuration.* La femme a résisté aux accidens immédiats de la rupture, l'hémorrhagie a été nulle et modérée; d'autres dangers la menacent. Les bords de la division, tout l'utérus même, deviennent le siége d'une inflammation dont la présence du produit de la conception dans la cavité de cet organe, s'il ne l'a pas abandonnée, augmente et l'intensité et la gravité. Le péritoine et les viscères abdominaux, irrités par le contact insolite des eaux de l'amnios, du sang épanché, et par la présence du fœtus et de ses dépendances, sont menacés d'une inflammation qui, par son intensité ou son étendue, peut compromettre la vie de la femme, ou bien elle succombera aux désordres profonds que cette phlegmasie occasionera secondairement; savoir, la suppuration, la désorganisation putrilagineuse de l'utérus déchiré, du péritoine et des viscères abdominaux.

§ 3. *Guérison.* Dans quelques cas heureux, cependant, la nature manifeste encore et sa bienveillante sollicitude et ses puissantes ressources. Les archives de l'art obstétrical fournissent un assez grand nombre de faits qui prouvent que la chute du produit de la conception dans l'abdomen, par suite d'une rupture de la matrice, n'entraîne pas

essentiellement la mort de la femme; il a pu séjourner, se conserver dans cette cavité, pendant un temps plus ou moins long, sans causer d'autres incommodités que celles qui résultent de son poids et de l'inquiétude qu'entretient un pareil événement chez celles qui l'éprouvent. On s'est contenté, pour expliquer ce phénomène, de dire que les viscères abdominaux « se familiarisaient peu à peu « avec ce nouveau venu, qui s'arroge, malgré leur « opposition, les droits de l'hospitalité. » Le sujet nous a semblé mériter plus qu'une phrase qui flatte l'oreille, mais ne satisfait pas la raison. Nous allons le soumettre à un examen approfondi, et développer les réflexions qu'il nous a suggérées.

Il est reconnu que la présence du sang est tolérée par les tissus dans lesquels il se trouve infiltré ou épanché. Les accidens qui en résultent sont relatifs à la gêne que ce fluide exerce, par son volume ou son poids, sur les organes, comme dans le crâne; ou bien ils dépendent de l'abondance et de la promptitude de la perte, comme dans les cavités à parois extensibles. Toujours est-il que le sang ne détermine pas essentiellement l'inflammation des parties avec lesquelles il se trouve insolitement en contact. Quand l'hémorrhagie n'est pas suffisante pour déterminer la mort, soit par compression, soit par anémie, et qu'elle cesse de faire des progrès, il se forme à la surface de l'épanchement une sorte de pseudo-membrane résultant de la coagulation de la partie fibrino-

albumineuse du sang, et de l'absorption de ses parties les plus fluides par les tissus séreux ou cellulaires avec lesquels il est en contact. Cette espèce de kyste pseudo-membraneux protége les organes environnans de l'impression délétère que ce fluide, par ses altérations subséquentes, pourrait exercer sur elles. Dans quelques cas la matière épanchée finit même par disparaître, ou se trouve réduite en un résidu plus ou moins solide. Il y a eu résorption. Nous ferons observer à cette occasion qu'il doit ici se passer un phénomène exosmosique; car comment les parties centrales de l'épanchement pourraient-elles être résorbées à travers le kyste pseudo-membraneux, quelquefois très-épais, qui les circonscrit et qui les sépare des bouches absorbantes?

Le kyste peut se trouver rompu par une cause accidentelle, par exemple un mouvement violent, une position forcée. Alors le fluide central, qui a perdu ses qualités premières, porte, en se répandant sur les organes environnans, de l'irritation, y suscite l'inflammation, la suppuration : de là des abcès consécutifs. Les mêmes résultats ont lieu quand ce sang éprouve à la longue une altération intestine, une sorte de fermentation putride qui lui fait rompre l'enveloppe tutélaire que la nature lui avait formée.

Les épanchemens purulens sont susceptibles de présenter des phénomènes analogues. Si, provenant d'une source plus ou moins éloignée, ils se font

dans une cavité séreuse saine, ou que l'inflammation des tissus qui ont fourni le pus vienne à cesser, soit spontanément, parce qu'elle a parcouru ses périodes, soit par un traitement approprié, la présence de ce fluide pathologique, dans ce cas, pourra être tolérée. L'absorption des parties les plus ténues, à la circonférence de l'épaulement en contact avec les tissus absorbans, réduira la matière fibro-albumineuse qui forme la base du pus en une pseudo-membrane analogue à celle qui se produit autour des épanchemens sanguins. Ce kyste isolant et protecteur se comportera dès lors entre le pus épanché et les parties environnantes, comme nous venons de voir que le faisait celui formé par le sang. La matière se trouve à la longue résorbée entièrement, ou de manière à être réduite en un résidu plus ou moins solide, comme crétacé, ou bien la rupture de ce kyste, par quelque cause accidentelle, ou par l'altération des portions centrales, deviendra la source d'accidens consécutifs analogues à ceux que produisent les épanchemens sanguins anciens.

On admet généralement que le kyste pseudo-membraneux qui se forme à la surface du sang ou du pus épanché est le résultat de la résorption des parties les plus ténues de ces fluides, à leur point de contact avec le tissu séreux qui les environne; mais nous croyons en outre que cette enveloppe pourrait bien être en partie fournie par ces membranes séreuses elles-mêmes. En effet, soit que l'in-

flammation qui a produit le pus ne soit pas complètement éteinte, soit que la présence de ce fluide ou du sang épanché provoque d'abord cet état pathologique, mais à un faible degré, ne peut-il pas avoir pour résultat une sécrétion séro-albumineuse réduite en pseudo-membrane, ainsi que cela a lieu fréquemment dans les cas ordinaires de phlegmasie des membranes séreuses?

Peut-être le tissu de ce kyste est-il susceptible d'acquérir un certain degré de vitalité qui lui permette de passer par les transformations fibreuses et cartilagineuses.

On trouve dans les Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie des faits à l'appui de l'opinion que nous avons établie sur la manière dont se comportent les épanchemens sanguins. Quant aux épanchemens purulens, nous pourrions rapporter, d'après les auteurs, des faits qui la prouvent. Nous nous bornerons à en citer un qui nous est propre.

20e OBSERVATION. — Péritonite. Epanchement purulent s'étant formé en kyste. Rupture accidentelle de ce kyste à l'intérieur.

Mademoiselle P., âgée de vingt ans, était accouchée depuis cinq mois, et conservait une douleur sourde à la région iliaque droite, lorsqu'à la suite d'une vive émotion, cette douleur augmenta au point de l'obliger à se mettre au lit. M. le docteur Jolly, appelé trois jours ensuite, le 12 octobre 1827, trouva la malade en proie à une péritonite surai-

guë. Un traitement antiphlogistique actif est employé. Le 16, il ne reste plus qu'un peu de tuméfaction vers l'hypogastre qui n'est douloureux qu'à la pression : la malade paraît se rétablir. Le 28 au soir, dans l'intention de combattre un dévoiement avec coliques, on prescrit un demi-lavement avec addition de dix gouttes de teinture de Rousseau : mais au moment même de l'injection, la malade éprouve une douleur déchirante, qui se répand dans tout l'abdomen, et se fait surtout sentir vers le dos, elle jette un cri perçant en disant : « On me brûle ! on m'arrache les entrailles, le dos! j'étouffe! je meurs ! » Le bas-ventre, qui paraissait souple auparavant, acquiert aussitôt un volume extraordinaire, il se tend et se durcit. M. J., prévenu de cet événement, se rend aussitôt près de la malade, qu'il trouve dans un état tout-à-fait désespérant. Face entièrement décolorée; extrémités froides; pouls presque insensible, respiration courte et fréquente. *Donnez-moi à boire! je meurs!* tels sont les seuls mots que la malade articule à voix basse. (*Frictions sur tout le corps avec l'éther acétique; sinapismes largement étendus aux pieds et aux jambes : quelques cuillerées de potion cordiale.*) Sous l'influence de ces moyens, le pouls se relève et la malade semble recouvrer quelque peu de force; on la met dans un bain : nouvelles syncopes; nuit extrêmement mauvaise. Le lendemain 29, je suis demandé en consultation. Nous présumons une rupture intesti-

nale, ou une hémorrhagie interne. L'abdomen était extraordinairement développé, avec résonnance et fluctuation obscure : prostration des forces. La malade succomba à une heure de l'après-midi.

Nous procédâmes à l'ouverture le lendemain à sept heures du matin, MM. les docteurs Jolly, Thillaie et moi. A peine le bistouri eut-il pénétré dans la cavité abdominale, qu'il en jaillit une énorme quantité de liquide séro-purulent, d'une consistance médiocre, et très-fétide. Toutes les circonvolutions intestinales distendues par des gaz sont réunies en un paquet par des concrétions albumineuses récentes : un foyer de pus épais et d'une fétidité extrême existait vers le bassin du côté droit; des débris de pseudo-membranes assez consistantes flottaient au voisinage : tout le péritoine circonvoisin offre les traces d'une violente inflammation. Nous ne pûmes découvrir aucune trace de rupture dans le canal alimentaire.

Remarques. Des symptômes d'inflammation très-aiguë du côté du bassin se manifestent. Bientôt ils disparaissent sous l'influence d'un traitement antiphlogistique énergique et bien dirigé. Toutes les fonctions reviennent à leur état naturel; la convalescence se confirme, et la guérison semble assurée. Voilà que tout à coup ces accidens reparaissent avec une brusquerie et une intensité telles qu'en quelques heures la vie en est détruite. Comment donc les choses se sont-elles passées ?

Or voici comment nous nous sommes rendu

raison de ces phénomènes. La péritonite aiguë, limitée vers le côté inférieur droit de l'abdomen, a été jugulée par un traitement actif. Mais depuis trois jours qu'elle existait quand on a donné les premiers secours, une sécrétion séro-albumineuse et même puriforme a dû se faire. La résorption, rétablie par la disparition de l'inflammation, a formé autour de l'épanchement un kyste pseudo-membraneux, en enlevant ses parties les plus fluides, et condensant la couche la plus externe: cette enveloppe a dû défendre les organes au milieu desquels existait le dépôt, du contact de la matière puriforme. De là, disparition presque complète de douleurs sourdes qui auraient pu faire soupçonner l'existence de l'épanchement.

Mais l'administration d'un lavement, dont la composition présentait plutôt des élémens de calme que d'irritation, déclare subitement des accidens bien autrement violens que ceux qui avaient marqué le début de la maladie. N'a-t-il pas eu pour effet mécanique de distendre le rectum et l'S du colon, par conséquent de changer les rapports que ces intestins avaient contractés avec l'enveloppe pseudo-membraneuse du dépôt? N'en sera-t-il pas résulté le brisement, le déchirement de ce kyste encore peu solide? La matière épanchée s'est aussitôt étendue dans l'abdomen, et a été répandre sur toute la surface péritonéale cette impression vive, ce sentiment de brûlure dont la malade s'est plainte, et qui ont développé une péritonite suraiguë mortelle.

Appliquons maintenant les données que le raisonnement fondé sur l'observation nous a fournies relativement aux épanchemens sanguins et purulens, à la présence du fœtus et de ses dépendances dans l'abdomen, à la suite des ruptures de l'utérus. Observons auparavant qu'en supposant, comme quelques-uns l'ont fait avec plus ou moins de fondement, que plusieurs des cas donnés pour exemple de ruptures de l'utérus et de passage consécutif du fœtus dans l'abdomen, pouvaient appartenir à des grossesses extra-utérines dont le produit, ayant rompu le kyste qui l'enveloppait, sera tombé dans cette même cavité; observons, dis-je, que les résultats sont les mêmes, et que par conséquent les réflexions que nous soumettons s'appliquent également à ces cas, divers pour le siége, semblables quant aux résultats.

Tous les faits connus de rupture de l'utérus, qu'elles aient été produites pendant la grossesse, ou qu'elles soient arrivées à l'occasion du travail de l'enfantement, peuvent être rangés dans deux séries, relativement aux suites de cet accident.

A la première série appartiennent les cas dans lesquels les femmes ont succombé plus ou moins immédiatement après l'accident. Chez les unes, la mort a été, pour ainsi dire, instantanée, subite, soit parce qu'une masse considérable de sang s'était tout à coup épanchée dans la cavité abdominale, soit parce que l'événement a porté un trouble profond dans

l'innervation. Chez d'autres, bien que la mort n'ait eu lieu que plusieurs heures, plusieurs jours même après la production de la rupture, ce retard n'a été dû qu'à ce que rien ne s'était d'abord épanché hors de l'utérus, et que ces résultats n'ont eu lieu que secondairement, comme notre observation, p. 42, en fournit particulièrement un exemple.

Dans tous les autres faits de rupture de l'utérus avec chute du produit de la conception dans la cavité abdominale, et ce sont malheureusement les moins nombreux, parce que du moins laissent-ils encore plus d'une chance favorable, les femmes qui ont échappé à ce premier et violent orage névrosique et hémorrhagique n'ont point présenté de ces inflammations abdominales aiguës, profondes et comme foudroyantes qui moissonnent tant de nouvelles accouchées, même après une délivrance ordinaire, et qui sembleraient devoir inévitablement résulter ici de la présence insolite, dans la cavité péritonéale, des corps étrangers que l'utérus déchiré y a rejetés. En un mot, on ne trouve aucun exemple, que je sache, bien avéré de mort occasionée à la suite d'une rupture utérine, par une péritonite suraiguë, par le fait seul de cet événement.

Si la chose est arrivée, comme le cas n'est pas le plus ordinaire, il doit laisser penser que cette péritonite mortelle pouvait dépendre de causes étrangères à l'accident; qu'elle aurait pu avoir lieu quand

même la femme serait accouchée naturellement, et que l'accident qui nous occupe n'y a pris qu'une part secondaire.

21e OBSERVATION. — Rupture par compression extérieure.

Une femme de vingt-six ans, grosse de sept mois environ, fut renversée et serrée contre un mur par une voiture. Elle éprouva à l'instant des douleurs horribles dans toutes les régions de l'abdomen; une saignée faite le même jour n'évita pas une perte qui dura six semaines. La cessation de cet accident améliora peu son état, qui fut toujours celui de la souffrance, de la faiblesse et du dépérissement, quoiqu'elle eût été réglée depuis la perte. Cinq mois après l'accident, elle se rendit à l'Hôtel-Dieu, ayant depuis environ dix jours des vomissemens qui ne la quittèrent qu'à la mort, qui arriva le même jour. A l'examen du cadavre, le ventre était élevé, uni, d'une forme égale. On trouva dans l'abdomen une suppuration très-putride et d'un rouge brun. Toutes les parties qui avoisinent le foie avaient subi une inflammation et adhéraient entre elles. L'enfant, renfermé dans un foyer, était tombé en pourriture. On jugea, au volume et à la proportion de ses os, qu'il était au terme de sept mois. (Ancien *Journ. de Méd.*, t. LIV, p. 534 et 672.)

Voilà donc une femme qui, après la rupture de l'utérus et la chute dans l'abdomen d'un fœtus arrivé à sept mois et demi, survit pendant cinq mois.

Notez qu'elle ne présente pas d'abord de signes d'inflammation bien intense. Les traces de cette affection que l'on rencontre dans les viscères abdominaux ne prouvent pas qu'elle a été excitée par la présence et le contact de l'enfant, puisqu'il était lui-même renfermé dans un foyer. Elle a pu être le résultat de la violence même qui a déterminé la rupture. Je crois que si cette malheureuse avait reçu les secours pressans et les soins éclairés que réclamait sa position, on eût pu, non pas peut-être se rendre entièrement maître des accidens, mais en diminuer l'intensité et éloigner ainsi le terme fatal.

On connaît le fait extraordinaire rapporté par Dubois (thèse 1717), d'une femme chez laquelle, à l'occasion d'une première déchirure de l'utérus, l'enfant se fixa dans l'hypocondre droit. Dans une nouvelle grossesse suivie d'une nouvelle rupture, le fœtus se porte dans l'hypocondre gauche. Trois ou quatre mois après, l'un sort par un abcès, l'autre est extrait au moyen d'une incision. On verra par la suite d'autres exemples non moins concluans.

Au contraire, beaucoup de faits prouvent que les produits organiques qui se trouvent maintenant épanchés dans la membrane péritonéale n'y occasionnent pas essentiellement des désordres notables ; que les produits fournis par la rupture utérine se comportent, à l'égard de cette membrane, comme le font les autres produits organiques naturels ou pathologiques, le sang, le pus même, fluides qui

fusent, s'infiltrent, s'épanchent au milieu des tissus et des organes, sans y susciter d'inflammation.

Ainsi donc, quand l'enfant est tombé dans l'abdomen, avec les eaux et avec le sang, il doit se former autour de ces corps un kyste pseudo-membraneux résultant de la résorption des parties les plus fluides de l'épanchement, ou d'une sécrétion albumino-fibrineuse du péritoine. Ce kyste, dis-je, isole ce vaste épanchement. Or, l'absence de tout phénomène notable dans quelques cas de passage du fœtus et de ses dépendances dans l'abdomen, le peu d'intensité de ces phénomènes morbides quand il s'en présente, prouvent que le contact de ces corps ne produit pas sur le péritoine d'impression essentiellement susceptible de développer de graves inflammations. Il semble donc alors que le travail inflammatoire soit juste suffisant pour provoquer une exsudation séro-albumineuse dont la concentration, opérée par la résorption de la partie séreuse, donne lieu ou contribue à la formation de la pseudo-membrane kystoïde destinée à isoler le fœtus et ses dépendances épanchées dans la cavité péritonéale, kyste qui doit aussi défendre les organes au milieu desquels se trouvent ces corps étrangers des impressions défavorables que leur contact immédiat pourrait entretenir ou susciter.

22e OBSERVATION.

Une femme de Toulouse éprouva une rupture de

la matrice, pendant les douleurs d'un accouchement très-laborieux; l'enfant passa dans l'abdomen, où il est resté pendant vingt-cinq ans. Après la mort de la mère, on fut curieux de voir l'état du ventre : l'enfant était environné d'une couche comme plâtreuse; on voyait très-distinctement l'endroit de l'utérus par où il s'était fait un passage (Bayle.)

Il est vrai que plusieurs des faits de conservation des fœtus et dépendances dans la cavité abdominale qui ont été rapportés à la rupture de l'utérus, pourraient bien plutôt concerner les ruptures de kyste appartenant à des grossesses extra-utérines, et surtout tubaires ou ovariques; mais ces faits, loin d'infirmer notre opinion sur la manière dont se comportent les produits de la conception épanchés, n'importe d'où, dans la cavité abdominale, viennent au contraire l'appuyer.

23e OBSERVATION.

Ainsi M. Moreau a vu, à la Maternité, dans l'abdomen d'une femme, un fœtus qui avait la face tournée contre le diaphragme, et que renfermait un *kyste secondaire*, une sorte de *fausse membrane* secondaire, qui était étendue sur tout le canal intestinal. Mais le cordon tenait à un placenta confondu avec l'ovaire (Academ. roy. de Médecine, séance du 10 septembre 1833).

24e OBSERVATION.

Dans la même séance, M. Capuron rapporte avoir

vu, sur le cadavre d'une malade que l'on croyait affectée d'une simple rétroversion de l'utérus, une tumeur volumineuse dans l'abdomen, laquelle contenait un fœtus desséché, de l'âge de sept mois, dont l'enveloppe était homogène et cartilagineuse.

25e OBSERVATION.

M. Mojon a trouvé, dans l'abdomen d'une femme de soixante-dix-huit ans, un fœtus de trois mois, au centre d'une tumeur cartilagineuse qui occupait la cavité droite du petit bassin, et adhérait à la vessie, au vagin et à la matrice, par un tissu cellulaire très-épais.

Dans ces deux derniers cas, d'où provenait le fœtus? On ne peut présumer qu'il se trouvait au milieu des ovaires ou des trompes, circonstance importante qui n'aurait pas échappé à de tels observateurs. Il y avait donc eu grossesse extra-utérine, ou peut-être le fœtus sera-t-il tombé à travers une rupture de l'utérus dans la cavité abdominale, où il se sera fait un pseudo-kyste, dont les parois, organisées à la longue, auront éprouvé la transformation cartilagineuse. Quoi qu'il en soit, que le fœtus vienne de l'utérus, ou des trompes ou des ovaires, il peut se conserver dans la cavité abdominale, soit que sa présence excite la formation d'un kyste pseudo-membraneux, au milieu duquel il conserve ses formes, soit qu'il soit réduit à sa trame solide par la résorption de ses parties les plus fluides, soit

enfin qu'il se transforme en gras de cadavre. Ainsi on cite encore l'exemple d'une femme de Sens, qui porta son enfant dans le ventre pendant vingt-huit ans; celui de la femme de Luizelle, village de la Souabe, qui le porta quarante-six ans : un autre d'une femme de Pont-à-Mousson, qui fut grosse de la même manière pendant vingt-deux ans, et, plus récemment encore une femme de Vitry-le-Français, qui l'a été pendant trente-six ans.

26e OBSERVATION.

Le docteur Percival (*Comment. de Méd.*, v. I, p. 77) rapporte l'observation d'une femme chez laquelle l'enfant sortit en morceaux par le rectum au bout de vingt-deux ans de l'époque présumée de sa chute dans l'abdomen.

27e OBSERVATION.

Le docteur Underwold cite une observation de fœtus passé dans l'abdomen par une rupture de la matrice, ce qui n'empêcha pas cette femme de redevenir enceinte au bout de sept ans. Ce ne fut que vingt-un ans après qu'elle commença à rendre les os de ce fœtus par les intestins. Cette évacuation a duré dix-huit ans.

28e OBSERVATION.

On connaît l'histoire de cette femme, morte à la Salpêtrière, qui vécut trente ans, misérablement, il est vrai, en proie à des dépôts, à des fistules consécutives à une rupture de l'utérus et au passage

de l'enfant dans l'abdomen. (*Gardien*, t. III, p. 92.)

Tous les faits que nous avons rapportés dans cet article n'intéressent pas seulement la curiosité. Les réflexions qu'ils nous ont suscitées ne se rattachent pas seulement à la théorie, elles serviront de guide pour établir des indications thérapeutiques précises et dont l'application pourra devenir féconde en heureux résultats.

Résumons ces remarques.

1° *Les dangers qui résultent le plus immédiatement de la rupture de l'utérus pendant la grossesse proviennent du trouble de l'innervation, et surtout de l'hémorrhagie.*

2° *La présence du sang, du fœtus et de ses dépendances dans la cavité abdominale, à la suite d'une rupture de l'utérus, ou des trompes dans les cas de grossesse tubaire ou ovarique, ne développe pas essentiellement d'inflammation redoutable.*

3° *Cette inflammation est quelquefois à un degré seulement suffisant pour produire une exsudation séro-albumineuse, dont la concentration formera autour du produit épanché un kyste pseudo-membraneux.*

4° *Ce kyste peut aussi résulter de la résorption des parties les plus fluides de la surface du produit épanché.*

5° *Dans tous les cas, ces corps étrangers peuvent séjourner et être conservés indéfiniment au milieu de la cavité abdominale.*

Tout n'est pas encore fini pour la femme quand les premiers dangers sont passés. Dans le plus grand nombre des cas, elle a perdu la santé pour toujours; d'autres accidens consécutifs, sans menacer directement son existence, viendront en empoisonner le pénible cours.

Les altérations que les corps épanchés dans l'abdomen éprouvent à la longue, en changeant leur nature, changent aussi les impressions qu'ils exerçaient sur les organes avec lesquels ils ont pu être en contact plus ou moins impunément. Ils deviennent irritans et développent des inflammations, des suppurations destructives. Heureux encore quand cette action délétère n'arrive que dans un point limité, et que ce point répond à des parties communiquant plus ou moins directement à l'extérieur, comme les parois abdominales, le vagin, le rectum. Là se forment des abcès ou dépôts, dont l'ouverture établit une communication par où s'échappent ou peuvent être extraits les corps épanchés; mais lorsque ce mouvement fermentescible est général, considérable, les désordres qu'il entraîne deviennent bientôt mortels. On trouve alors l'abdomen rempli des matières putrilagineuses, le fœtus putréfié, les viscères profondément enflammés, ulcérés, mortifiés. L'observation 21 (p. 84), rapportée plus haut, en donne un bel exemple.

Quelques changemens de rapport, soit brusques, comme ceux résultant d'une secousse, d'un mou-

vement forcé, d'un effort quelconque, ou lents comme ceux qu'entraîne le développement nutritif ou la réduction atrophique des viscères abdominaux, peuvent détruire des adhérences favorables, rompre le kyste isolant et conservateur, et mettre ainsi la matière centrale et plus ou moins altérée du foyer en contact avec les parties voisines, sur lesquelles elle va porter ses effets délétères. Les résultats seront donc alors les mêmes que ci-dessus.

On a vu les parties saillantes du fœtus, surtout quand elles ont été dépouillées de leurs parties molles par la fermentation putride ou la résorption, user, ulcérer, sphacéler les tissus avec lesquels elles étaient en contact, et se faire ainsi jour au dehors, sans abcès préalable.

29ᵉ OBSERV. — Grossesse de cinq mois. Chute d'un lieu élevé. Rupture utérine. Passage du produit utérin dans la vessie.

En avril 1816, M. le docteur Lessieux fut appelé à Maisons, près de Bayeux, pour y donner des soins à la femme Cardonne, qui souffrait plus que de coutume d'une difficulté à uriner qu'elle éprouvait depuis long-temps. Cette femme avait expulsé de l'urètre, après de violens efforts, un calcul long d'un demi-pouce, et de la grosseur d'une plume à écrire; elle avait cinquante ans. A l'âge de vingt-sept ans, étant enceinte de cinq mois de sa deuxième grossesse, elle tomba d'un lieu élevé de 10 pieds environ, sur le côté droit. A l'instant même elle sentit une

douleur déchirante dans le bas-ventre; il survint de la fièvre et d'autres accidens qui l'obligèrent de garder le lit près de deux mois. Dès lors les douleurs cessèrent, mais sa santé fut toujours languissante. Elle éprouvait depuis cinq ans un besoin continuel d'uriner, et la plus grande difficulté pour rendre les urines.

Le calcul expulsé était lisse; une substance osseuse en formait le noyau. Le cathétérisme fit reconnaître une grande quantité de calculs adhérens à la vessie. En mai 1816, il se forma un abcès au-dessus du col de la vessie, qui s'ouvrit dans le vagin. Par cette voie on put faire pénétrer le doigt dans cette poche, en détacher douze calculs, qui tous avaient pour noyau des portions d'os d'un fœtus d'environ cinq mois : après l'extraction, l'ouverture fistuleuse de la vessie se cicatrisa, et la femme revint à la santé. (Extr. des *Bull. de la Soc. méd. d'Emulation*, 1822.)

Tantôt donc, une ouverture se fait sans épanchement ou abcès notable, soit aux parois abdominales, soit au vagin, ou aux parois d'un viscère creux, et par-là s'échappent des portions du squelette fœtal.

D'autres fois, des abcès se manifestent dans les mêmes régions, et le pus qui s'écoule de leur ouverture spontanée ou pratiquée par l'art, entraîne des débris de l'enfant, des cheveux, des dents, des os; ou bien leur ouverture, restée fistuleuse, permet

à la sonde exploratrice de pénétrer dans un foyer plus ou moins profond, de reconnaître les matières qui le composent, et d'en rendre l'extraction possible.

On remarquera que la limitation de ces abcès consécutifs, leur apparition successive et en des points quelquefois différens, prouvent déjà qu'ils ne sont pas en général le résultat d'un foyer unique; que ce n'est pas toute la masse épanchée qui a concouru à leur formation, mais qu'ils se sont développés à sa surface, sur ses points les plus culminans. La matière purulente qui les forme ne provient pas seulement du détritus de ces corps, mais de l'inflammation ulcéreuse des parties qui se trouvent exposées au contact irritant du produit épanché.

Après l'ouverture du premier dépôt, l'introduction de l'air active ou provoque la fermentation putride des matières restées dans le foyer, et donne lieu au renouvellement et à la multiplication plus ou moins rapide des abcès, si toutefois les désordres locaux qui en résultent et les phénomènes généraux consécutifs n'ont pas occasioné plus ou moins promptement la mort.

§ 5. *Rétention du fœtus dans la matrice après sa rupture.* Dans les cas où la chute du produit de la conception n'a pas succédé à la rupture de la matrice, et où ce corps a été retenu dans cette cavité, soit à cause de l'étroitesse de la crevasse, soit parce qu'elle correspondait à une large surface du fœtus, celui-ci se comporte à l'égard de ce viscère

comme nous venons de voir qu'il le faisait à l'égard de la cavité abdominale. Si la nature ne tend pas à l'en débarrasser immédiatement par les voies naturelles, en provoquant des contractions plus ou moins précoces, le fœtus, frappé de mort, s'altère, ainsi que ses dépendances; il irrite, enflamme, ulcère la matrice, et peut consécutivement se faire jour au dehors, au moyen d'adhérences qui s'établissent entre cet organe et les parois abdominales. Le fait que nous avons déjà cité de Mauritanus Cædranus en fait foi. Au reste, comme dans ces cas le contenu utérin se trouve hors du contact de l'air, son altération désorganisante peut ne s'opérer qu'après un temps plus ou moins long.

§ 6. *Passage et étranglement d'une portion d'intestin à travers la rupture.* Il n'existe pas d'observation de ce genre de complication arrivé à la suite de la rupture de l'utérus pendant la grossesse. Il est bon néanmoins de tenir note de sa possibilité. Il pourrait donner lieu à des accidens, et faire naître des dangers pressans auxquels n'aurait peut-être pas exposé la chute de l'œuf humain dans l'abdomen. Une anse intestinale, ou une portion flottante d'épiploon, peuvent être précipités ou entraînés dans le vide que présente instantanément la cavité utérine, au moment de l'expulsion de son contenu. Bientôt le retrait des parois de cet organe amène le rétrécissement de la rupture, qui emprisonne, comprime et étrangle la partie herniée. Comment

distinguer les symptômes de cet accident des phénomènes propres à la rupture et à ses suites ordinaires? Le ballonnement du ventre, les éructations, les vomissemens stercoraux ne peuvent-ils pas dépendre ou du désordre général produit par l'événement, ou de la compression des intestins, occasionée par la présence du fœtus?

CHAPITRE III. — SIGNES DES RUPTURES UTÉRINES PENDANT LA GROSSESSE.

Les phénomènes que produit la rupture sont locaux ou généraux.

ARTICLE PREMIER. Symptômes locaux.

§ 1er. *Douleurs.* On a dit que la rupture qui résultait d'un amincissement progressif, d'une sorte d'usure ou de feutrement des parois de la matrice, rupture que l'on a désignée sous le nom de *chronique* (Mme Lachapelle), pouvait se faire sans occasioner de douleurs; mais il est rare, et je ne sais même pas s'il en existe d'exemple bien avéré, que la rupture soit ainsi le dernier terme de l'amincissement. Presque toujours, pour ne pas dire constamment, elle est la suite subite d'une violence extra-utérine, d'une cause comprimante; la déchirure se fait brusquement, et se manifeste par une douleur vive, intense, dans le lieu même où s'opère la crevasse, quelle que soit l'altération prédisposante dont il était le siége. Cette douleur, d'abord comme pi-

quante, ou semblable à celle que produirait une forte crampe, se change bientôt en une sensation d'engourdissement. Généralement cette douleur est presque immédiatement suivie d'évanouissement, de syncope, de tremblement des membres; elle produit un sentiment profond de crainte et d'inquiétude avant toute réflexion; et comme par un pressentiment instinctif.

Un calme trompeur succédant quelquefois à ce premier orage, la femme peut reprendre son train de vie ordinaire sans ressentir d'incommodité notable; ce qui dépend de ce que l'accident s'est borné à la déchirure seule, sans résultats consécutifs immédiats notables. Ainsi, rien ne se sera échappé de l'utérus, ou une portion du produit de la conception engagée dans la crevasse l'aura bouché au point d'empêcher tout épanchement dans la cavité abdominale. (*Voy.* OBSERV. 14, 15, 16.) Ce calme dure plusieurs heures, et même plusieurs jours, jusqu'à ce que la matrice rejette ce qu'elle renferme, soit activement en se contractant, soit passivement par l'action d'une nouvelle cause comprimante qui agrandit sa rupture et exprime son contenu. Alors le renouvellement de la douleur et la manifestation d'autres accidens annoncent de nouveaux et plus graves dangers.

§ 2. *Bruit de déchirement.* La douleur s'accompagne d'un bruit de *déchirement*, de *craquement*, de *claquement*, comme l'exprimait la femme sujet

de la quatorzième observation. Ce bruit, perceptible pour celle qui l'éprouve, est quelquefois assez fort, dit-on, pour être entendu des assistans. Au reste, son intensité doit être proportionnée, ainsi que celle de la douleur, à l'épaisseur de la partie rupturée, et à l'étendue et à la promptitude de la rupture.

§ 3. *Amollissement et affaissement subit de la région hypogastrique.* Ces symptômes n'ont lieu que quand la grossesse est assez avancée pour que l'utérus, élevé au-dessus du bassin, fasse saillir les parois abdominales. Ils ne s'observent également que quand ce viscère a versé dans l'abdomen tout ou partie de ce qu'il contient. Alors donc l'abdomen, auparavant bombé, s'affaisse; à la place de la dureté sphéroïdale qui existait dans la région hypogastrique, on ne trouve plus que des parois non soutenues, dépressibles, et plus profondément un globe utérin plus ou moins réduit et déjeté. Ainsi, l'existence de ces symptômes est relative à l'époque à laquelle est parvenue la grossesse quand arrivent les ruptures. Ils peuvent en outre être masqués par l'abondance de l'épanchement sanguin. Toutefois l'élévation du ventre occasionée par celui-ci est plus générale, et offre moins de résistance que celle produite par le globe utérin développé par la grossesse.

§ 4. *Déplacement de l'enfant et déformation du ventre.* La présence de l'enfant dans des régions abdominales où il ne devrait pas être s'il était encore enfermé dans la matrice, la plus grande faci-

lité qu'on éprouve de le sentir et de percevoir ses mouvemens, d'ailleurs plus étendus, à travers les parois abdominales; tous ces signes ne se présentent ou ne deviennent appréciables que quand la grossesse est avancée. Ils peuvent être masqués par l'épanchement sanguin concomitant, par l'épaisseur des parois abdominales chargées de graisse, etc. D'un autre côté, on se rappellera la facilité avec laquelle on sent chez quelques femmes la forme, la position, les mouvemens de l'enfant à travers les parois minces et souples de l'utérus et de l'abdomen, ce qui pourrait conduire à quelque méprise dans des cas de simples présomptions de ruptures utérines.

§ 5. Le doigt, promené autour du col utérin, peut sentir à travers le fond du vagin si la matrice a conservé ou perdu un volume en rapport avec l'époque à laquelle la grossesse était parvenue. Il pourra sentir le fœtus hors de la matrice, à travers le cul de sac vaginal, ou au moyen du toucher rectal.

Il est très-important d'apporter la plus grande précaution dans les investigations faites par le *toucher :* une exploration brusque ou mal dirigée peut occasioner une explosion subite d'accidens qui étaient encore éloignés, et que l'on eût peut-être évités.

§ 6. L'on a indiqué comme signe diagnostique *les mouvemens violens, les secousses brusques et*

convulsives de l'enfant, subitement suivies d'une funèbre immobilité.

§ 7. *Douleurs abdominales.* La présence de tout ou partie de l'œuf humain dans la cavité abdominale peut n'avoir d'autre résultat que la gêne des organes sur lesquels pèse le produit épanché.

§ 8. *Ecoulement sanguin par la vulve.* Il a lieu peu d'instans après l'événement. Mais, outre que ce symptôme n'est pas constant lorsqu'il y a rupture, il peut être le résultat du simple décollement des membranes ou d'une certaine étendue du placenta.

§ 9. *L'épanchement sanguin*, l'un des plus fréquens résultats et des plus redoutables accidens de la rupture utérine, à quelque époque qu'elle ait lieu, se manifeste par un sentiment de chaleur douce qui se répand dans l'abdomen, dont les parois se soulèvent graduellement et uniformément, par la décoloration générale, l'affaiblissement du pouls, etc.

ARTICLE II. Symptômes généraux.

Ils dérivent de la perturbation profonde que porte dans l'innervation l'effroi instinctif qu'excite l'événement, la violence et la brusque acuité de la douleur. D'autres résultent de l'anémie vasculaire provenant de l'hémorrhagie avec épanchement. Ainsi se manifestent des spasmes variés, des vomissemens, l'affaiblissement du pouls, des palpitations, des pandicu-

lations, des lypothimies, des syncopes plus ou moins fréquentes ou mortellement prolongées, ou bien des convulsions, dernière réaction de la vie qui s'échappe.

De tous les phénomènes que nous venons d'énumérer, il n'en est qu'un petit nombre de spéciaux et sur lesquels on puisse fonder un diagnostique certain des ruptures de l'utérus; ils supposent que la grossesse est déjà assez avancée. Ainsi, 1° les changemens appréciables dans la forme et le volume de la matrice, à la suite d'une douleur subite, succédant elle-même à l'action d'une des causes déterminantes de ce genre d'accident; 2° les phénomènes concomitans résultant des changemens de rapports du fœtus avec l'utérus, changemens qui ne peuvent être appréciables que quand il a déjà acquis un certain développement.

Tous les autres phénomènes, tant locaux que généraux, ne fournissent que des lumières bien incertaines, soit qu'on les considère isolément, soit qu'on les prenne en masse. Aussi, comme eux seuls sont appréciables dans les ruptures des premiers mois de la grossesse, il est difficile de savoir si alors ils sont dus à cet événement, ou s'ils ne dépendent pas d'autres états pathologiques qui sont également susceptibles de les produire. Dans le plus grand nombre de cas publiés, l'ouverture du corps a seule révélé d'une manière irrécusable la nature et le siége de l'accident.

Je ne parlerai pas des ruptures ou perforations des organes ou viscères abdominaux autres que l'utérus, et qui provoquent les mêmes phénomènes communs, locaux ou généraux. On peut encore établir sur les antécédens une présomption diagnostique assez plausible. Mais il n'en est pas tout-à-fait de même relativement à la rupture des kystes qui renferment le fœtus et ses dépendances dans les cas de grossesse extra-utérine, surtout tubaire. Outre qu'ici les phénomènes sont absolument les mêmes que quand la rupture affecte l'utérus, la circonstance commémorative d'un état présumé de grossesse ajoute encore à la difficulté du diagnostique. Les conséquences relatives à ce que devient le fœtus étant aussi les mêmes, il en résulte que la plupart des faits extraordinaires de ces perturbations de la grossesse peuvent être rapportés avec autant de fondement à la rupture de l'utérus qu'à celle d'un kyste fœtal extra-utérin, et *vice versâ*. Je noterai cependant quelques circonstances d'après lesquelles on pourrait encore, sinon toujours, du moins dans quelques cas, présumer avec assez de fondement la nature de la grossesse et le siége de la rupture. Ainsi, dans les grossesses extra-utérines, on observe en général la persistance des règles : les seins ne subissent pas de changemens; l'utérus n'a pas présenté avant l'événement un développement en rapport avec l'époque présumée de la gestation. La tumeur abdominale s'élève aussi plutôt et plus rapide-

ment dans les grossesses extra-utérines; elle occupe moins la ligne médiane, et paraît plutôt s'élever d'une des fosses iliaques. Elle est bosselée, inégale. Le col utérin, ordinairement dévié d'une manière anormale, ne présente pas non plus les modifications que lui imprime le développement de l'utérus dans l'état de grossesse ordinaire. Les accidens sympathiques, tels que les nausées, les vomissemens, sont aussi plus intenses. Enfin, la rupture du kyste est le plus souvent spontanée; elle s'opère aussi le plus ordinairement lentement.

Au reste, comme les résultats sont les mêmes, que l'épanchement du sang et du produit de la conception provienne d'une rupture de l'utérus ou d'une rupture d'un kyste de grossesse extra-utérine, les indications thérapeutiques sont aussi communes à ces différens cas. Conséquemment leur diagnostique différentiel importe peu à la pratique.

CHAPITRE IV. — TRAITEMENT DES RUPTURES DE L'UTÉRUS PRODUITES PENDANT LA GROSSESSE.

Le pronostic des ruptures de l'utérus pendant la grossesse est des plus fâcheux; car, excepté quelques cas rares, où une guérison plus ou moins chèrement achetée a eu lieu, on ne voit dans les faits publiés sur ce sujet que des résultats nécropsiques. Peut-être sauverait-on quelques victimes de plus, si on était appelé à temps et si on cherchait à pré-

venir la manifestation imminente des accidens, ou à modérer leur développement par un traitement rationnel et bien dirigé.

C'est vers ce but d'un intérêt si majeur que nous allons maintenant diriger nos recherches.

ARTICLE PREMIER. Traitement préservatif.

Dirons-nous que le traitement préservatif consiste à éloigner, écarter, éviter les causes capables de provoquer la rupture? conseil sage, mais dont on ne peut tirer parti contre un accident dont les causes prédisposantes ne sont ordinairement appréciables qu'après la mort, et qui lui-même arrive à l'improviste, sous l'influence de causes déterminantes qui, par leur brusquerie, échappent à toute prévoyance. Le traitement préservatif se borne donc à la plus stricte observation des règles de l'hygiène spéciale des femmes enceintes.

ARTICLE II. Traitement curatif.

Les dangers que court la femme ne proviennent pas de la lésion de continuité de l'utérus, plaie que l'on sait être en général bénigne, quelle que soit la cause accidentelle ou artificielle qui l'ait produite. Ils dépendent des résultats de la rupture, savoir: la perturbation de l'innervation, l'hémorrhagie, la mort et l'altération du produit de la conception retenu dans l'utérus, sa chute dans la cavité abdominale, et consécutivement l'inflammation du péritoine et des viscères abdominaux, et enfin les abcès et dé-

pôts provenant, soit de ces inflammations, soit de la décomposition des matières et des corps épanchés.

Nous croyons devoir, pour mieux préciser les indications thérapeutiques, rapporter tous les cas possibles de ruptures utérines pendant la gestation, à deux séries.

A la première nous rattachons les ruptures arrivant à une époque déjà avancée de la grossesse, alors que cet état n'est pas douteux, et que l'accident lui-même peut être assez clairement reconnu.

Nous rangeons dans la seconde les ruptures des premiers temps de la grossesse, et alors qu'il y a doute sur la nature ou le siége de l'accident.

Dans les cas de la première série, nous supposons d'abord qu'on est appelé avant que rien de bien considérable du contenu utérin ne soit passé dans la cavité abdominale, ou bien l'épanchement est déjà opéré. De là deux subdivisions. Examinons les indications spéciales que présentent chacune de ces séries, et quels sont les moyens de les remplir le plus efficacement.

1re Série. — La grossesse est déjà avancée; elle a atteint ou dépassé le sixième mois, l'enfant est présumé viable; la femme vient d'être exposée à une de ces violences externes que l'on sait pouvoir occasioner la rupture de l'utérus. Les premiers phénomènes et l'exploration abdominale accusent, avec toute la certitude possible, que cet accident existe. Les indications peuvent être modifiées, selon que

rien encore du contenu utérin n'est tombé dans l'abdomen, ou que l'enfant y a passé.

§ 1er. On peut assurer que rien encore de bien notable, soit en sang, soit de l'œuf humain, n'est tombé dans l'abdomen, ou qu'une partie peu considérable de ce produit de la fécondation fait seulement saillie à travers la crevasse : que faire alors? Attendra-t-on qu'une hémorrhagie, qui peut être promptement mortelle, se déclare, ou que la chute du fœtus et de ses dépendances ne développe dans l'abdomen d'autres et non moins formidables accidens?

Les exemples de femmes qui ont survécu à la rupture de l'utérus, et sans qu'elle ait eu de résultats consécutifs redoutables, parce que les bords de la plaie ont pu se resserrer ou s'enflammer, adhérer aux parois abdominales, y déterminer une ulcération qui a pu servir de communication avec la cavité utérine, et de voie d'élimination de son contenu; ces exemples sont trop rares, et les circonstances qui pourraient conduire à une aussi heureuse terminaison trop éventuelles pour que l'on puisse compter sur cette bienfaisante marche de la nature.

A. *Gastrotomie, Gastro-Hystérotomie.* La gastrotomie, bien qu'elle ait aussi ses dangers, nous semble devoir offrir plus de chances favorables que cette expectation. Combien d'accidens consécutifs n'éviterait-on pas si on avait recours plus franche-

ment à cette opération ! Si elle convient alors comme moyen le plus favorable pour la mère, elle n'est pas moins impérieusement indiquée pour la conservation de l'enfant, et d'autant plus que l'on sera plus près du terme de la grossesse.

On doit tenir compte, en faveur de la gastrotomie, dans ce cas, de pouvoir la pratiquer en temps opportun, avant que les désordres plus ou moins profonds qu'occasionerait l'épanchement imminent de sang ou du produit de la conception, ne viennent ajouter aux propres dangers de cette opération, et réduire les chances favorables. Ne serait-ce rien d'ailleurs que de pouvoir choisir, jusqu'à un certain point, le lieu le plus avantageux pour l'incision des parois abdominales, tandis que plus tard la situation de l'épanchement sanguin ou du fœtus assignera une place moins favorable pour l'opération et ses suites ? Les parois abdominales étant ouvertes, on irait saisir l'enfant dans l'utérus à travers la rupture, ou on agrandirait celle-ci dans les cas où elle ne serait pas suffisante pour permettre l'extraction.

En donnant ainsi à la matrice la facilité de revenir sur elle-même, on prévient plus efficacement l'hémorrhagie.

L'indication de la gastrotomie n'est cependant pas tellement rigoureuse qu'on ne puisse y apporter quelque restriction.

Prévenu que l'on est des dangers qui menacent,

on peut encore respecter le calme trompeur qui les dissimule : mais on serait coupable si on n'était pas prêt à agir dès que quelque signe annonce leur explosion. On peut alors mettre ce temps à profit pour avoir recours à quelques moyens prophylactiques des accidens qui grondent.

B. *Expectation.* Le repos absolu et dans une position telle que la rupture occupe la partie la plus élevée ; une compression méthodique, pourvu qu'elle puisse agir directement sur cette rupture ; la saignée, l'application du froid et même de la glace sur la région lésée ; quelques préparations calmantes et opiacées, une alimentation légère, etc ; tels sont les moyens qui me paraissent d'abord indiqués en pareille circonstance pour combattre ou prévenir les troubles funestes de l'innervation, l'hémorrhagie et l'inflammation.

§ 6. *Délivrance par les voies naturelles. Dilatation forcée du col utérin.* Peut-être devrait-on encore alors tenter la délivrance par les voies naturelles, si, par exemple, la grossesse n'était pas bien éloignée de son terme, si le col utérin ne présentait pas trop d'épaisseur, si les orifices étaient dilatables, dût-on même forcer la résistance qu'oppose alors le col non encore suffisamment effacé. A ce sujet, je ferai remarquer que l'épaisseur et la longueur du col utérin sont loin d'être des obstacles insurmontables à sa dilatation. Ces parties ont résisté à une violence brusque, elles céderont à une

distension graduelle, bien que faite dans un temps assez court. En voici un exemple :

30ᵉ OBSERV.— Facilité de la dilatation du col utérin non encore effacé.

Je fus appelé par M. le docteur C., rue Geoffroy-Langevin, pour assister aux derniers momens d'une femme israélite, rachitique, et qui succombait à une hypertrophie du cœur. Elle était enceinte de huit mois; plusieurs accouchemens précédens, heureusement et naturellement terminés, indiquaient que le bassin ne partageait pas la déformation très-considérable du corps. Il nous sembla que l'enfant donnait encore quelques signes de vie, quoique bien obscurs.

La femme expirait. L'opération césarienne était indiquée; mais il fallait le consentement de la famille, et sa religion ne permettait pas que l'on portât l'instrument sur un corps mort; nous avions dû fonder notre proposition sur cet état, l'opération ne pouvant plus être préjudiciable à la mère, et pouvant sauver l'enfant. Mon confrère, de la même religion, hésitait. Impatient de délais si dangereux, et ne prévoyant pas pouvoir vaincre de tels scrupules, j'introduisis la main dans le vagin. Je sentis le col utérin saillant de quelques lignes, et permettant à peine l'introduction du doigt dans l'orifice externe; son extrémité se trouve bientôt arrêtée par l'orifice interne. Tel était aussi l'état dans lequel M. le docteur C. avait trouvé ces parties peu avant

mon arrivée. Je parvins cependant à faire pénétrer d'abord le doigt indicateur jusqu'aux membranes, et, en lui imprimant alors un mouvement circulaire de plus en plus excentrique, je pus, avec beaucoup plus de facilité que j'étais loin de l'espérer, obtenir assez promptement une dilatation suffisante pour introduire deux, puis trois doigts, et successivement toute la main. Les obstacles semblaient diminuer à mesure que j'avançais. Je sentis la tête de l'enfant que je refoulai pour opérer la version. J'amenai très-facilement un enfant du sexe masculin : il ne donnait aucun signe de vie. Le cœur ne présentait même plus de ces mouvemens rares et lents qui laissent encore quelque espoir. Cependant l'opération n'a-vait guère duré plus de quatre minutes, à dater de l'instant où j'introduisis le doigt dans l'orifice utérin.

On pourra dire que la mort avait diminué, chez cette femme, la résistance du col de la matrice, mais nous rappellerons que cette résistance tient à deux causes : à l'organisation même du tissu du col, *résistance passive*, à la propriété que, comme le reste de l'utérus, il a acquise de se contracter, *résistance active*. Celle-ci ayant été détruite avec la vie, je n'avais donc à vaincre que la résistance organique ou de tissu. Mais je ferai observer, 1° que la résistance active durant la vie n'est pas continuelle; elle n'a lieu que pendant les contractions utérines; or, quand l'événement arrive, l'utérus est encore dans son repos léthargique: on l'éviterait d'ailleurs en agissant

dans l'intervalle de ces contractions; 2° qu'il est bien reconnu que le col utérin se compose de fibres plus blanches, moins nombreuses et moins fortes qu'au corps de l'organe, et qu'elles ne jouissent qu'à un bien plus faible degré de la contractibilité active. Et en effet, dans les cas qui nécessitent promptement la version de l'enfant pendant l'accouchement, il arrive souvent que le col est encore dur, épais, en apparence très-difficilement extensible, et cependant on parvient toujours assez facilement à vaincre cette difficulté.

Je crois donc qu'il faudrait, dans les cas qui nous occupent, et avant de recourir à d'autres mesures plus graves, examiner au moins s'il ne serait pas possible de délivrer la femme par les voies naturelles. Je n'ai pas besoin d'insister sur la nécessité de maintenir pendant la manœuvre les parois abdominales convenablement appliquées sur la matrice, et de diriger surtout la compression vers l'endroit où l'on présume qu'existe la rupture.

Ici se présente encore un autre procédé qu'indiquerait, dans le même but, la trop grande résistance du col.

2. *Débridement du col.* Lorsque cette partie, frappée d'induration ou d'une rigidité insolite, oppose un trop grand obstacle à l'accouchement arrivant à terme, on donne alors comme précepte de porter le bistouri pour agrandir l'orifice. On fait même alors une loi de ce procédé, pour éviter la

rupture du corps de la matrice, dans le cas où elle serait imminente. On ne voit dans cette opération que peu d'inconvéniens, ou bien on met avec raison les dangers qu'elle pourrait présenter bien au-dessous de ceux qui résulteraient de la rupture de la matrice et de la chute de l'enfant dans la cavité abdominale.

Quels plus grands inconvéniens, quels dangers plus graves résulteraient de cette même opération, appliquée aux cas qui nous occupent! Quels rapports moins favorables pour elle se présentent entre ces dangers et ceux qui résulteront de l'épanchement du sang, du fœtus et de ses dépendances dans la cavité abdominale!

3. *Hystérotomie vaginale.* Si le col était trop incliné en arrière et en haut pour être suffisamment accessible au toucher ou à la portée des instrumens, on parviendrait jusqu'au fœtus en incisant la paroi antérieure du col ou du segment inférieur de l'utérus, laquelle bombe alors au fond du vagin.

§ 2. Tout ou partie du contenu utérin est tombé dans l'abdomen. Dans ces cas, la gastrotomie est formellement indiquée pour débarrasser l'abdomen des matières qui y sont tombées ou épanchées; obligatoire dans l'intérêt de la mère, elle le devient plus encore si l'événement est arrivé à une époque de la grossesse à laquelle l'enfant est viable.

On pourrait, je crois, avec moins d'inconvéniens encore, tenter la délivrance par la gastrotomie va-

ginale ou rectale, comme on l'a proposée et employée même avec succès dans des cas de grossesses extra-utérines.

II[e] SÉRIE. — Je rapporte à cette série tous les cas de rupture arrivant à une époque peu avancée de la gestation; que la rupture ait eu lieu à la matrice ou qu'elle provienne d'une grossesse extra-utérine, dans les deux cas le pronostic est également grave, et les indications sont les mêmes.

1[re] *indication. Gastrotomie.* — La première indication qui se présente est de pratiquer aux parois abdominales une voie à l'extraction des corps épanchés. Dans ces cas, la gastrotomie ne constitue qu'une opération peu grave par elle-même; elle ne serait pas plus dangereuse ici que quand on l'applique à certains cas de hernies. Elle offre quelques chances de succès, tandis que si on abandonne la malade à elle-même, elle est vouée à une mort presque certaine. En supposant que l'on se soit mépris sur le siége de la rupture, elle donnera toujours la facilité de débarrasser l'abdomen des matières épanchées, quelles qu'elles soient, de reconnaître l'organe perforé; et si par hasard c'était la vessie, les intestins, etc., elle permettrait d'appliquer la suture à l'ouverture, et d'opposer ainsi une digue efficace à tout épanchement ultérieur.

Si la rupture a réellement son siége à l'utérus, quelques circonstances peuvent favoriser le succès de la gastrotomie. Ainsi, tout le contenu utérin a

pu être expulsé, et alors le retrait de cet organe a mis un terme à la récidive ou à la continuation de l'épanchement sanguin. Mais combien reculeront devant la crainte d'assumer sur eux, par une opération chanceuse, la responsabilité que l'ignorance, les préjugés, l'envie et la jalousie font peser sur le praticien qui ne réussit pas! L'exemple de Baudelocque et de plus récens encore sont bien propres à retenir les plus consciencieusement intrépides. Heureusement qu'il est encore possible d'arriver à quelques résultats avantageux par d'autres moyens que par l'opération. Nous avons signalé un certain nombre d'exemples de guérison de ces épanchemens intra-péritonéaux : que n'est-on pas en droit d'espérer d'un traitement bien raisonné et habilement employé?

Trois nouvelles indications se présentent ici :

1° Prévenir ou arrêter les troubles de l'innervation; 2° modérer et empêcher l'hémorrhagie et l'épanchement; 3° prévenir et combattre l'inflammation.

2ᵉ *indication.* — La susceptibilité du système nerveux imprime chez la plupart des femmes une sorte d'exagération aux impressions vives qu'elles reçoivent et aux phénomènes réactifs qui en résultent. Les nerfs s'irritent; les organes musculaires, ceux mêmes de la vie intérieure s'ébranlent convulsivement; le moral se frappe. Ces effets sont plus marqués encore quand l'impression est subite, insolite,

comme il arrive dans les ruptures internes, et notamment dans celles de l'utérus. Aussi les désordres provoqués par cet événement éclatent-ils souvent avec violence. La malade est frappée d'effroi; elle est prise de tremblement, de syncopes, de convulsions; il survient des palpitations, des vomissemens. Ces phénomènes, les premiers qui apparaissent, et qui parfois menacent plus immédiatement les jours de la femme, doivent tout d'abord attirer l'attention du praticien, quel que soit d'ailleurs le parti qu'il croira devoir prendre.

On s'attachera donc à relever le moral, instinctivement frappé de crainte et d'inquiétudes. On recourra aux antispasmodiques diffusibles, que l'on administrera par inspiration, en friction et par les voies digestives. Ainsi l'éther, les eaux spiritueuses, les infusions aromatiques de feuilles d'oranger, de tilleul, animées par l'eau de menthe, de mélisse. Les préparations opiacées conviennent aussi alors. Je ferai observer toutefois que les phénomènes spasmodiques ne sont dangereux que quand ils sont trop exagérés; que, dans de certaines limites, ils ont pour avantage, en suspendant la circulation capillaire, d'arrêter ou de prévenir les hémorrhagies; que les antispasmodiques ayant pour effet de ranimer aussi cette circulation, il est par conséquent nécessaire de mettre une certaine réserve dans leur emploi pour les cas qui nous occupent.

3[e] *indication.* — Mais le plus redoutable des ré-

sultats de la rupture utérine est sans contredit l'hémorrhagie. Tous les moyens que l'art possède doivent être mis en usage pour la combattre.

A. *Compression.* — On ne peut employer ici qu'une compression médiate. Elle doit être appliquée largement et également, de manière à embrasser toute la surface de l'abdomen, et être dirigée surtout dans la direction du bassin. En appliquant les parois abdominales contre la matrice, en y refoulant les intestins, cette compression agit sur le siége de la rupture, et oppose une digue directe à la perte sanguine. En même temps, la cavité abdominale rétrécie ne laisse plus d'espace au progrès de l'épanchement, auquel résistent aussi ses parois ainsi maintenues.

B. — La compression de l'aorte abdominale, si le développement du ventre ne s'y oppose pas, est aussi un moyen efficace de mettre un terme à l'hémorrhagie utérine.

C. *Réfrigérans.* — Le froid a pour effet de modérer, de suspendre même la circulation, non seulement dans les vaisseaux capillaires, mais aussi dans les branches et les troncs artériels qui les alimentent. Ainsi, dans les méningo-cérébrites des enfans, la face est animée, les yeux sont injectés, les carotides et les temporales battent avec une redondance qui contraste souvent avec les pulsations des artères des autres régions. Eh bien! l'application large de la glace sur la tête ne fait pas seulement pâlir les

tissus; on sent les pulsations temporales et carotidiennes baisser graduellement et tomber même à un degré plus faible que dans l'état normal. Voilà pourquoi le froid peut être tout aussi efficace dans les hémorrhagies traumatiques que dans celles capillaires, double caractère que présentent celles qui résultent d'une rupture de l'utérus. Ici le froid arrête l'hémorrhagie en diminuant, en suspendant la circulation, et en favorisant la formation d'un caillot protecteur.

D. — Il est d'observation que toutes les fois que le sang trouve une issue facile hors de ces canaux, il tend à s'en échapper jusqu'à ce que l'hémorrhagie cesse par défaut de matériaux. Il s'épanche jusqu'à la dernière goutte. Une piqûre de sangsue a plus d'une fois suffi pour épuiser tout le système circulatoire, et occasioner la mort par anémie dans un espace de temps assez court.

Lorsque le siége de ces hémorrhagies est hors de la portée des moyens directs susceptibles de les arrêter, on a encore les moyens indirects, qui ont pour but de détourner le mouvement circulatoire par la saignée dérivative, par exemple, ou d'appeler activement le sang dans d'autres parties que celles vers lesquelles il est fatalement entraîné. Ainsi, 1° on le retient dans les membres par une compression circulaire qui, portant seulement sur les veines dépressibles, laisse au sang la liberté d'arriver par les artères, et l'empêche de retourner au cœur; 2° on

l'appelle dans les parties éloignées en excitant la circulation capillaire par les frictions plus ou moins excitantes, les rubéfians, les ventouses, les applications chaudes. Ces médications sont donc essentiellement applicables aux cas qui nous occupent.

4e *indication.* — L'état général des forces réclame aussi l'attention du praticien. Si elles sont trop épuisées par la force des douleurs et l'abondance de l'hémorrhagie, elles ne pourraient fournir à cette réaction excentrique si nécessaire. Il faut donc les relever alors, mais avec précaution, par quelques cuillerées de bouillon, de vin même.

Je suis persuadé que si on appliquait à temps et convenablement les médications que nous venons d'indiquer aux cas de rupture prématurée de l'utérus pendant les premiers temps de la grossesse, on en obtiendrait des effets avantageux. Ne gagnât-on que d'éloigner l'explosion des accidens et le moment de leur terminaison funeste, ce serait encore beaucoup. Pendant ce temps, la réflexion éclaire, la nature peut faire naître quelque autre indication favorable. Dans tous les cas, on a agi rationnellement, et on n'est pas resté spectateur oisif ou incertain de dangers aussi imminens.

5e *indication. Prévenir et combattre l'inflammation.* — On a évité l'explosion de ces premiers accidens, on a entravé avec succès leur marche funèbre : tout n'est pas fini pour la malade ni pour le médecin. De nouveaux et souvent non moins redou-

tables événemens conspirent contre elle; lui, doit être prêt à les prévenir et à les combattre. En effet, une inflammation plus ou moins violente, plus ou moins rapide va frapper la matrice déchirée, le péritoine irrité par la présence de ses nouveaux hôtes, les viscères gênés par leur poids. Il importe donc d'en prévenir le développement, de la maintenir dans des bornes innocentes.

Les moyens que nous avons opposés à l'hémorrhagie auront déjà pu agir comme prophylactiques de l'inflammation, état pathologique indiqué par la concentration des mouvemens vitaux, circulatoires et nerveux. Ici donc se trouveront appropriées, au début, les applications locales plutôt froides que chaudes; les boissons adoucissantes, également tièdes; les lavemens par quart, de même nature; les excitans dérivatifs extérieurs. Plus tard, les saignées générales d'abord, puis locales. C'est surtout par la perfection du traitement antiphlogistique que notre époque excelle; de plus amples détails seraient donc inutiles ici.

Que ne peut-on pas espérer d'un traitement rationnel et sagement dirigé dans des cas où la nature a suffi quelquefois seule, ou peut-être malgré des moyens aveuglément ou intempestivement employés! Par les moyens que nous venons d'indiquer, on écarte les accidens immédiats, on maintient les organes abdominaux dans leur système physiologique, qui les rend aptes à supporter sans danger la

présence des corps étrangers épanchés; on retient ou on réduit l'inflammation à un degré juste favorable à la formation d'une pseudo-membrane kystoïde, laquelle, isolant ces corps épanchés, empêche qu'ils n'exercent à l'avenir des impressions funestes par leur contact immédiat. On gagne ainsi le temps plus ou moins éloigné où la nature manifeste l'intention de se débarrasser de ces corps, ou indique elle-même le lieu le plus favorable pour en opérer l'extraction.

TROISIÈME SECTION.

DES RUPTURES DU CORPS DE L'UTÉRUS PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

Dans les ruptures de la grossesse, la matrice joue un rôle entièrement passif. Ses parois ne jouissent que de propriétés organiques au tissu, qu'elles opposent plus ou moins efficacement aux causes déterminantes, lesquelles leur sont appliquées du dedans, et le plus souvent du dehors. Pendant l'accouchement, la scène change. La faculté que le viscère a acquis de se contracter, entre en exercice. Destinée à opérer l'expulsion du produit de la conception par des voies naturellement disposées en conséquence, c'est elle désormais qui va devenir cause déterminante des ruptures. Du moins cet organe joue, dans le plus grand nombre des cas, le rôle actif dans la production des ruptures qui arrivent pendant le travail de l'enfantement, et devient ainsi l'artisan de sa propre lésion. On pourrait donc distinguer les ruptures de la matrice en général en ruptures actives, ou qui arrivent pendant et par le travail de l'enfantement, à quelque époque de la grossesse qu'il se manifeste, et en passives, ou celles qui arrivent hors le temps du travail, ou, pour

mieux dire, pendant l'absence et sans la participation des contractions utérines.

Et remarquez en effet que la matrice rentrant dans l'intervalle des contractions à marche constamment intermittente, dans les dispositions qu'elle présentait hors le temps du travail, cet organe se trouve comme alors également exposé aux ruptures passives. Les mêmes causes produiront alors les mêmes effets. En outre, les causes extérieures viennent souvent, pendant le travail de l'accouchement, prêter leur funeste appui, et déterminer des ruptures qui peut-être n'eussent pas été produites par l'action seule de la matrice. Nous aurons occasion d'en citer des exemples.

On observera que si l'utérus, au terme de la grossesse, présente par son développement plus de prise à l'action des violences rupturantes extérieures, elle en élude plus facilement les effets, soit par la plus grande souplesse de ses parois pendant le repos, soit par la résistance que lui donnent les contractions énergiques pendant le travail de parturition.

Un mot sur la manière dont se comporte normalement l'utérus pendant et pour le travail de l'enfantement nous rendra plus facile à concevoir et à expliquer le mécanisme des ruptures qui arrivent à cette occasion.

Comme tous les muscles creux, les parois utérines ne peuvent se contracter sans tendre à diminuer la

capacité qu'elles circonscrivent, sans comprimer les corps que leur cavité contient. Si ce corps n'est pas ou n'est que peu compressible, et c'est le cas dans lequel se trouve l'œuf humain, il résiste donc, et cette résistance aboutirait à ne produire aucun résultat; si les parois utérines formaient un tout continu, ayant dans tous ses points la même puissance et la même résistance, cet organe finirait par se fatiguer; il cesserait de se contracter et tomberait dans l'inertie. C'est exactement ce qui se passe dans la plupart des accouchemens laborieux, quand il existe, du côté du col, du bassin ou du vagin, un obstacle absolu ou relatif au volume ou à la position de l'enfant, et proportionné à la force des contractions utérines. Après un travail plus ou moins long, la matrice cesse d'agir, jusqu'à ce que le repos lui ait rendu sa première énergie.

Mais le plus ordinairement ces obstacles n'existent pas ou ne sont pas proportionnés à la force des contractions destinées à les surmonter. Le col utérin, aminci par les progrès de la grossesse, n'offre, quand arrive le terme de l'accouchement, que peu de résistance; d'ailleurs cette partie n'étant pas douée d'une force contractile comparable à celle que possède le corps de la matrice, n'oppose qu'une résistance en grande partie passive à la puissance si active, si énergique des contractions de cet organe.

C'est donc vers cette région que se porte tout l'effort de réaction du produit de la conception; il

a pour résultat la dilatation, l'élargissement de ses ouvertures, et l'expulsion du fœtus.

Voyons maintenant quelles conditions anormales, quelles circonstances particulières viennent, en entravant cette marche naturelle, mettre l'utérus en butte aux ruptures. Nous avons fait pressentir que ces accidens présentent des différences relatives à leurs causes, à leur mécanisme, à leurs résultats, selon qu'ils affectent le corps ou le col de cet organe, et dans cette dernière partie, selon qu'elles sont verticales ou transversales; nous en ferons donc l'objet de trois divisions.

PREMIÈRE DIVISION.

RUPTURES DU CORPS DE L'UTÉRUS PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

On doit inférer de ce que nous venons de dire sur les accouchemens laborieux, que la violence des contractions utérines ne suffit pas pour déterminer la rupture du corps de la matrice, quel que soit aussi l'obstacle qui s'oppose au résultat ordinaire du travail parturitif, dans les cas les plus ordinaires où il existe une égale résistance organique, et une puissance contràctile également répartie dans toute l'étendue des parois utérines. Et en effet l'œuf humain, comprimé de toutes parts, reporte sa réac-

tion excentrique sur tous les points des parois qui l'embrassent sans lacunes et l'étreignent uniformément. Mais les choses ne se passent ainsi que quand l'œuf humain reste entier; aussi est-ce sous ce rapport seulement qu'on a dit avec raison que les ruptures de la matrice ne pouvaient se faire pendant le travail de l'enfantement qu'après la rupture des membranes.

Mais c'est à tort que l'on a fait de cette remarque un principe général. Quelques faits prouvent que la rupture de l'utérus peut se faire sans qu'il y ait eu préalablement rupture des membranes ni évacuation des eaux.

31e OBSERVATION.

Une femme, grosse de son sixième enfant et en travail, ressentit tout à coup une violente douleur, et aussitôt les eaux s'écoulèrent avec une grande quantité de sang, provenant d'une déchirure située à la partie inférieure et latérale droite de la matrice, déchirure par laquelle tout le corps de l'enfant pénétra dans la cavité abdominale, tandis que la tête qui avait poussé au-devant d'elle l'orifice de la matrice, resta dans l'excavation pelvienne. On distinguait très-bien tous les membres du fœtus à travers les enveloppes du bas-ventre. On reconnut aussi, en portant la main dans la matrice, que les bords de la crevasse étaient fortement contractés sur le col de l'enfant, et que le placenta était aussi dans l'ab-

domen. La femme périt vingt-quatre heures après la rupture, sans avoir été délivrée (Obs. communiquée par Leclerc, ancien *Journal de Méd.*, t. XXV, p. 522.)

Le fait suivant, rapporté par Dionis, dans son *Traité des Opérations chirurgicales* (vol. I, p. 156), paraît encore plus concluant; car, bien que la rupture se fît au sixième mois de la grossesse, comme elle fut produite à l'occasion d'un travail précoce de l'accouchement, par les contractions utérines, elle appartient au sujet présent.

32e OBSERVATION.

Une dame ressentit, au sixième mois de sa grossesse, de fortes douleurs qui durèrent trois ou quatre jours. Alors l'enfant cessa de remuer. Douze jours après, vers les huit heures du soir, elle ressentit de nouvelles douleurs, avec des vomissemens. Dans la nuit, il survint des convulsions, des sueurs froides, un gonflement de l'abdomen, et des faiblesses qui furent suivies de la mort à cinq heures du matin. A l'ouverture du cadavre, on trouva l'enfant au milieu des intestins, et nageant dans une grande quantité de sang. Le cordon ombilical était intact, et l'arrière-faix adhérait encore à la matrice. Cet organe était divisé à sa partie supérieure en deux corps ayant une ouverture commune dans le vagin. On ne trouva qu'un ovaire et une trompe à chacun. La partie gauche, qui contenait encore le placenta, était dé-

chirée, et les bords en étaient comme hachés. La partie droite renfermait un autre germe fécondé, du volume d'un petit œuf.

Il est évident que dans le dernier cas la rupture de l'utérus a dû précéder l'écoulement des eaux, ou du moins la rupture a-t-elle dû se faire en même temps et aux parois utérines et aux membranes ovoïques.

Au reste, ce n'est le plus communément qu'après l'évacuation des eaux que s'opèrent les ruptures du corps de la matrice pendant le travail de la parturition.

Dans cette circonstance, l'œuf humain a perdu sa forme régulièrement ovoïdale; les membranes, n'étant plus soutenues par le liquide qui les remplissait, cessent de prêter un appui efficace à la résistance propre des parois intérieures. La réaction du produit de la conception aux contractions qui le pressent, n'est plus également excentrique, elle n'est plus également répartie contre tous les points de la surface interne de l'utérus. Quelques uns seulement correspondant aux parties les plus saillantes du fœtus, ont à supporter tout l'effort de pression. Si les contractions sont énergiques, violentes, ces points ne pourront résister, ils se rompront instantanément; si au contraire le travail moins actif se prolonge, la continuité de la répétition de la pression sur les mêmes points y développe de l'inflammation, de la meurtrissure, du sphacèle, funestes prédispositions

qui exposeront les parties qui en sont le siége à se déchirer au plus léger effort.

Observez que pendant que les parties de l'utérus non soutenues par les membranes et les eaux, conservent toute leur énergie contractile, et acquièrent même de nouvelles forces, par cela que là les parois peuvent revenir plus facilement sur elles-mêmes, les points pressés au contraire par les parties saillantes de l'enfant ne peuvent toujours obéir au même retrait qui équilibrerait leur résistance organique, ni même se contracter avec une force égale à celle du reste de la matrice; ces parties se trouveront donc réduites à un état de faiblesse absolue ou relative, désormais facile à vaincre.

33e OBSERVATION.

Stalpart Wander Wiel rapporte qu'une femme de quarante ans, dont tous les accouchemens avaient été laborieux, périt au sixième, après trois jours de douleurs. On trouva le fond de l'utérus déchiré, et le fœtus, qui était très-fort, avait passé dans l'abdomen avec une quantité prodigieuse de sang (*Obs. rar. de med.*, IIe partie, obs. xxx).

34e OBSERVATION.

Le 8 septembre, on fit l'ouverture du corps de la femme d'un artisan, âgée de vingt-sept ans, bien conformée, déjà mère de deux enfans, et morte la veille pendant le travail d'un accouchement labo-

rieux, avec implantation du placenta sur l'orifice utérin, travail qui avait duré 48 heures. La patiente était morte à la suite des plus violentes douleurs. Le vagin semblait avoir éprouvé quelque délabrement du côté gauche. L'enfant était passé en entier dans l'abdomen. Le côté droit seul de la matrice était dans un état d'intégrité, et revenu sur lui-même. Le côté gauche, très-distendu, très-aminci, était dilacéré, et sous forme de bandelettes. (P. M. Nauche, *Des Malad. de l'Utérus*, p. 216.)

CHAPITRE Ier. — CAUSES ET MÉCANISMES.

La condition première des ruptures du corps de la matrice, pendant ou par le travail de parturition, consiste dans les obstacles qu'opposent à la sortie du fœtus les voies qu'il doit traverser. Les unes dépendent du fœtus, de son volume, de sa position vicieuse; d'autres, des voies de la parturition elles-mêmes : ainsi, l'endurcissement du col utérin, l'occlusion de ses orifices, le rétrécissement du vagin, un bassin étroit ou mal conformé. Mais comme c'est principalement sur la production des ruptures du col que ces prédispositions agissent, il en sera plus amplement question à l'occasion de celles-ci.

Remarquons toutefois que la rupture des membranes, la perte des eaux, les obstacles à la sortie de l'enfant, ne déterminent pas toujours la rupture de la matrice, comme le prouvent tous les jours

les accouchemens rendus très-laborieux par suite de ces circonstances défavorables. On a vu, dans ces cas, la mort de l'enfant en résulter, et son cadavre être conservé dans l'utérus pendant un temps plus ou moins long, sans que la matrice en ait été affectée. (Bonet, Chéselden.)

Il faut ordinairement le concours ou la coïncidence de quelques conditions particulières pour que cet événement déplorable ait lieu. Ces conditions résultent de la diminution dans la résistance d'un point plus ou moins étendu des parois utérines : elles constituent les causes prédisposantes essentielles.

ARTICLE PREMIER. Causes prédisposantes.

Ces conditions se rapportent à quatre séries bien distinctes, selon leur nature différente : 1° diminution d'épaisseur ou amincissement des parois utérines ; 2° perte de consistance du tissu utérin ; 3° absence de leur faculté contractile, ou paralysie ; 4° altération, même avec augmentation de volume ou de consistance de tissu, mais ayant détruit la faculté contractile.

§ 1er. *Amincissement des parois utérines.* L'amincissement d'une portion plus ou moins étendue des parois utérines, en diminuant et sa résistance organique, et sa résistance active ou contractile, expose cette partie à céder en se rompant à la pression qu'exercent sur elle les régions contiguës du fœtus pendant les contractions énergiques du reste

de l'organe. Cet amincissement reconnaît différentes causes.

A. On a donné à entendre que cet amincissement pouvait être originel, provenir d'une inégalité native de développement des parois utérines; en un mot, constituer un vice primitif de conformation. Mais cette opinion a plutôt été supposée que fondée sur des faits. Dans ceux qui lui ont servi de base, l'amincissement pouvait provenir de la pression d'une partie du fœtus pendant un travail laborieux ou prolongé.

Au reste, voici une observation citée comme exemple, mais qui paraît tellement inconcevable, que nous n'en garantissons pas l'authenticité.

35e OBSERVATION.

Une femme enceinte, dit Sue, d'après le *Journal d'Edimbourg*, et qui sentait depuis trois jours des douleurs pour accoucher, en éprouva de si violentes, qu'il se fit une rupture avec bruit des parois du bas-ventre et de la matrice. Le ventre s'ouvrit dans la région du nombril par une crevasse qui se prolongea inférieurement du côté gauche jusque vers le pubis. Le fœtus sortit avec le placenta par cette crevasse, et cette femme, abandonnée en quelque sorte aux soins de la nature et d'une sage-femme, fut guérie par des pansemens simples.

B. M. Planchon (*Traité complet des opérations césariennes*) prétend que les orifices de Fallope

sont très-fréquemment dilatés pendant la grossesse, et que cette dilatation, en rendant les points correspondans de l'utérus plus faibles, doit être une des causes prédisposantes les plus fréquentes de la rupture de cet organe. Les faits, selon la remarque judicieuse de M. Deneux, sont en opposition avec cette opinion. Nous dirons cependant qu'il se peut que la rupture envahisse et l'utérus et l'une des trompes; mais c'est qu'alors il existerait une de ces grossesses utéro-tubaires dans lesquelles le fœtus se serait développé en partie dans une trompe et en partie dans la cavité utérine, ainsi qu'en rapportent des exemples Patune (1), Laugier (2), Hay (3), M. Herbin (4), M. Mondat (5); et encore n'y eut-il pas de rupture dans ces cas.

L'observation de M. Planchon paraîtrait devoir se rapporter à ce genre de grossesse.

36e OBSERVATION.

Lorsque cet accoucheur fut appelé, le bras de l'enfant était engagé dans le vagin. En introduisant la main dans la matrice pour faire la version, il s'aperçut qu'elle était déchirée dans une étendue de deux pouces environ; mais comme aucune partie

(1) *Epist. contin. Hist. Fœtus, sine involucr.*, etc. 1765.

(2) *Journal de médecine*, 1674.

(3) *Med. obst. and inqui*, vol. III, 1796.

(4) *Thèse*, Montpellier, frimaire an XII.

(5) *Archives générales*, t. II, 2e série, p. 67

de l'enfant n'y était engagée, il termina l'accouchement par les voies ordinaires. Après une série d'accidens indiquant une inflammation métro-péritonéale, qui parurent diminuer, le ventre s'éleva du côté gauche, et on signala une tumeur douloureuse située profondément dans la fosse iliaque correspondante. La vessie laissa échapper, par la suite, de la sérosité grisâtre et infecte; la pression méthodique de la tumeur, qui avait acquis du développement en hauteur, en faisait jaillir du pus. Mort le cinquantième jour. A l'ouverture du cadavre on trouva un trou assez rond vers l'insertion de la trompe gauche: celle-ci avait la grosseur de l'avant-bras, et représentait un sac oblong rempli d'un pus grisâtre très-délayé et fétide. Le sommet de ce sac était criblé de petits trous qui avaient laissé épancher du pus dans l'abdomen. On en trouva environ deux livres.

C. On a dit aussi que l'amincissement pouvait provenir de l'usure, d'une sorte de feutrement des parois utérines, provenant de la compression exercée sur elle pendant la grossesse, soit par suite de la position vicieuse de l'enfant, soit par le voisinage de tumeurs, ou par la présence de polypes qui se trouveraient refoulés, par le produit de la conception, contre les parois qui lui donnent naissance.

37e OBSERVATION.

J'ai accouché une boulangère au moyen du forceps, après douze heures d'un travail des plus la-

borieux; après la délivrance, j'ai reconnu un polype, du volume d'un œuf d'oie inséré vers l'angle droit de la cavité utérine; et cependant il n'y eut pas de rupture. Plus tard, ce polype fut enlevé par la ligature.

D. Le plus ordinairement l'amincissement provient de quelque altération, et notamment de blessures auxquelles la matrice a été exposée, soit à une époque plus ou moins éloignée du terme de la grossesse actuelle, soit pendant une gestation précédente, comme il appert du fait que nous avons donné (pag. 42).

E. Enfin, une épaisseur plus ou moins considérable du tissu utérin peut avoir été détruite par des abcès intra-pariétaux, des ulcérations syphilitiques ou résultant de l'extirpation de polype à large pédicule, etc.; mais je ne connais pas de fait de ruptures dans lesquelles on ait constaté ces circonstances prédisposantes.

§ 2. *Ramollissement.* Le ramollissement sans changement, ou même avec accroissement d'épaisseur des parois utérines, expose la partie qui en est le siége à être frappée de rupture pendant l'acte parturitif.

Cet état pathologique résulte le plus ordinairement de l'inflammation, qui elle-même peut tenir à une disposition spéciale, comme dans le cas rapporté sous le n° 17; ou, ce qui arrive le plus communément, elle a été déterminée par la pression ou autres

violences exercées de la part du fœtus mal placé, ou par suite d'un travail vigoureux et prolongé après la sortie des eaux.

La gangrène, provenant des mêmes causes, détruit, comme l'inflammation, la propriété contractile, rend le tissu utérin plus mou, plus fragile; de manière qu'il ne faut qu'un léger effort pour en produire la rupture. Nous aurons occasion d'en citer plus loin de nombreux exemples.

§ 3. *Paralysie, inégalité de contraction des parois utérines.* Quand, pendant les contractions des parois utérines, une partie plus ou moins étendue de ces parois n'y prend pas part, elle supporte tout le poids de la pression du fœtus, et peut en être rompue. Cette non-coopération dépend de ce que chez quelques femmes l'utérus n'est pas naturellement disposé à se contracter également dans toute son étendue. La pression exercée par quelque partie saillante de l'enfant vicieusement placé, en empêchant la participation des points sur lesquels porte cette pression, en est la cause la plus fréquente.

§ 4. La déviation et l'obliquité de la matrice, en changeant la direction des forces expultrices, et les portant vers un autre point que celui où se trouve le col, maintient ce point en un état de distension qui l'empêche de participer à la contraction générale. Il supporte passivement tout l'effort et se rompt.

§ 5. Les mêmes résultats ont lieu dans le cas d'utérus double, comme l'atteste l'exemple que

nous avons rapporté d'après Dionis, cas dans lequel les efforts d'expulsion s'épuisant en vain contre les voies naturelles alors déviées, réagissent sur un point plus ou moins opposé, et y déterminent la rupture.

§ 6. *Altérations organiques augmentant l'épaisseur et même la consistance du tissu utérin, mais le privant de la faculté contractile.* Il semblerait que les altérations qui augmentent la résistance organique des parois utérines devraient préserver de rupture les régions qui en sont affectées. Quelques faits cependant prouvent que ces dispositions pathologiques, loin d'agir comme causes préservatrices, prédisposent au contraire aux ruptures, et que c'est vers elles, plutôt que dans les autres points plus minces des parois de la matrice, qu'ont eu lieu les accidens; et en réfléchissant, on s'explique comment il peut en être ainsi. En effet, la résistance qu'oppose la partie altérée est toute passive. Quelle que soit son intensité, elle a des bornes; elle est limitée, invariable. Qu'est-ce, en comparaison de la puissance active, incommensurable des contractions de tout le reste de l'utérus, dont l'action, aidée des contractions des parois abdominales, pèse, pour ainsi dire, de toute sa force sur la partie qui ne peut participer à cette action générale? C'est la force d'inertie cédant à une force active.

38e OBSERVATION. — Rupture de la matrice dans un point de ses parois qui était squirrheux.

Une dame sentit quelque chose se déchirer dans son corps pendant les douleurs de l'accouchement. Au même instant les douleurs cessèrent. Il survint des faiblesses. Soupçonnant l'accident qui était arrivé, on termina de suite l'accouchement par les voies ordinaires, et on amena un enfant vivant. On s'assura, par le toucher, qu'une large crevasse existait à un des côtés de la matrice, *qui paraissait dure et squirrheuse dans cet endroit.* La femme mourut en peu d'heures. (Mme Laçhapelle.)

39e OBSERVATION. — Même cas.

La nommée Bert..., enceinte pour la deuxième fois, était à terme et en travail, quand elle arriva à l'hospice de la Maternité, le 6 fructidor an VIII, vers le soir. Les membranes venaient de se rompre. On sentait vaguement la tête du fœtus au détroit supérieur, qui parut n'avoir que trois pouces d'avant en arrière. Vers une heure du matin, les douleurs redoublent, la tête s'avance dans la deuxième position. Bientôt elle s'arrête, malgré la violence des douleurs auxquelles s'ajouta une sensibilité excessive de l'abdomen, et qu'un demi-bain d'une heure ne put calmer. Les tégumens du crâne de l'enfant s'étaient tellement gonflés et allongés, qu'on pouvait les voir en écartant les grandes lèvres. Fatigue générale; vomissement des boissons. Dans la matinée suspension des contractions utérines; décoloration,

affaiblissement du pouls. On transporte la malade dans son lit, et pendant ce mouvement elle se plaint d'un sentiment de déchirure dans l'abdomen et d'une oppression extrême. En touchant alors, on ne sentit plus la tête de l'enfant. Bientôt le placenta, et une partie des membranes, sont expulsés pendant les efforts du vomissement. Mme Lachapelle, appelée, sentit alors les pieds dans la matrice; elle s'en servit pour opérer l'extraction de l'enfant. Il paraissait mort depuis long-temps, bien que la femme ait répété jusqu'au moment de la délivrance qu'elle sentait distinctement ses mouvemens. L'enfant sorti, une membrane flottait à l'orifice utérin; en l'attirant à l'extérieur on reconnut l'épiploon, et on se hâta de le refouler dans l'utérus. La malade succomba vers le milieu du jour.

Examen du cadavre. Sérosité sanguinolente dans l'abdomen; épiploon encore engagé dans la crevasse de la matrice; péritoine rouge; utérus retiré dans l'hypogastre, offrant une déchirure longue de deux pouces, obliquement dirigée en avant et en bas. *Les bords de cette déchirure étaient durs et squirrheux.* (Me Boivin, obs. n° III.)

Il est évident que l'étroitesse du bassin, la position relativement vicieuse de la tête, ont été des obstacles suffisans à l'accouchement. Dès lors les contractions énergiques et prolongées de la matrice ont dû reporter leur action sur la partie affectée. Cette action a été augmentée de tous les efforts de

vomissemens auxquels cette femme a été en proie du moment que les contractions utérines n'ont plus suffi pour opérer la délivrance. Observons à ce sujet qu'il semble que les vomissemens soient une réserve que la nature emploie pour ajouter ou suppléer à l'action de la matrice. C'est souvent sous leur influence que s'opère la dilatation, jusque-là difficile, des orifices; que les membranes résistantes se rompent, et que l'accouchement se termine chez quelques femmes dont l'utérus paraît comme inerte. C'est pendant qu'on la transportait dans son lit que cette femme a présenté les premiers insignes de la rupture : n'est-il pas présumable que quelque mouvement brusque, une position forcée, auront pu provoquer alors l'agrandissement de la déchirure déjà commencée sous l'influence des causes que nous venons d'indiquer, et que c'est à ce dernier moment que l'enfant est passé en partie dans la cavité abdominale?

On peut penser, d'après ce qui précède, que des cicatrices résultant d'anciennes blessures ou d'opérations pratiquées sur la matrice, peuvent devenir causes prédisposantes de ruptures pendant l'accouchement.

Lors donc qu'existe une des causes prédisposantes dont nous venons de rénumérer l'histoire, les ruptures de l'utérus deviennent imminentes pendant le travail parturitif. Les parties affectées, pour peu qu'il y ait obstacle à la marche ordinaire de

l'accouchement, se trouvent soumises à une double action rupturante. Je m'explique.

Les parois utérines, en se contractant, tendent à diminuer d'étendue. Ce raccourcissement se fait, dans l'état ordinaire du col, vers le fond, qui sert comme de point d'appui général, de centre d'action, de noyau des contractions. C'est donc aux dépens du col, qui se trouve ainsi attiré vers le fond, que s'opère le raccourcissement. Il en résulte que l'ovoïde humain ou le fœtus se trouve non seulement poussé par la diminution relative de la capacité utérine, mais qu'il est en outre comme abandonné successivement par cet organe, qui se retire de lui. Ainsi, lorsque la tête engagée au détroit supérieur ne peut le franchir, on voit l'orifice fuir, devenir inaccessible, tant que le vagin qui le retient lui en laisse la faculté. Or, dans le cas où ce mouvement de retrait utérin ne peut se faire aux dépens du col, ou quand celui-ci a prêté autant qu'il le pouvait, c'est aux dépens des parties faibles ou inertes des parois utérines qu'il tendra à s'opérer. Ces parties se trouveront donc tiraillées en tout sens, dans toute leur circonférence. En même temps, le contenu utérin, trouvant là moins de résistance absolue ou relative que vers les voies naturelles, qui lui opposent un obstacle insurmontable, reportera tous ses efforts de pression contre ces points altérés. Ainsi donc la rupture se fera par *traction excentrique* et par *pression directe*. Quand c'est une partie

saillante de l'enfant qui est en rapport avec le point altéré, la pression agira plus que la traction; quand, au contraire, ce point correspondra à une large surface, les tractions excentriques joueront le rôle principal dans la production de la rupture, ainsi qu'on le verra dans les observations faisant partie du chapitre suivant.

ARTICLE II. Causes déterminantes.

Outre les contractions utérines, qui jouent le rôle essentiel ou actif dans la production des ruptures de corps de l'utérus pendant le travail parturitif, il en est d'autres susceptibles de provoquer aussi cet accident, ou qui contribuent à le déterminer. Telles sont : 1° la pression passive de l'enfant; 2° la pression active déterminée par ses mouvemens; 3° les violences exercées directement par les instrumens obstétricaux.

§. 1er. *Pression passive de l'enfant.* Elle dépend de l'incompressibilité de l'enfant. Pendant les contractions de l'utérus, les régions saillantes de celui-ci pressent contre les points correspondans des parois utérines, en proportion de la force de ces contractions et des obstacles que le fœtus éprouve lui-même à obéir, par sa réduction, ou son déplacement.

Les régions utérines ainsi pressées ne peuvent se contracter comme le reste de l'organe; ou bien, si le travail dure long-temps, elles se trouvent irritées, frappées d'inflammation, de sphacèle. Elles n'offrent dans tous les cas qu'une résistance toute passive;

et se trouvant soumises à la double action de pression directe et de traction excentrique, elles se rompent.

Ce résultat peut être aussi favorisé par l'existence de l'une des altérations utérines qui constituent les causes prédisposantes.

Comme le plus ordinairement la position de l'enfant est telle que son plus grand diamètre est vertical, de manière que son extrémité pelvienne formant la partie la plus culminante correspond au fond de l'utérus, c'est aussi le plus souvent celui-ci qui vient se briser contre le fœtus; par la même raison, c'est presque toujours les pieds qui s'échappent les premiers, et quelquefois seuls à travers la crevasse. Un grand nombre d'exemples présentent cette double circonstance.

40e OBSERVATION.

Une femme eut à sa sixième grossesse des douleurs vives et fréquentes qui durèrent deux heures, et pendant lesquelles un des bras de l'enfant s'engagea dans l'orifice de la matrice. En allant chercher ses pieds pour opérer la version, Lamotte les trouva, ainsi qu'une partie du corps, dans la cavité abdominale. Il put néanmoins opérer la délivrance. Le placenta, encore cohérent et extrait, était percé à son centre. On trouva au fond de l'utérus la rupture qui pour lors admettait à peine l'extrémité du doigt.

La position transversale de l'enfant change le siége de la rupture, mais ce sont aussi presque constamment les pieds qui s'engagent à travers la rupture.

41e OBSERVATION.

Une femme arrivée au terme de sa onzième grossesse, après avoir eu des douleurs assez lentes pendant quatre heures, en ressentit une fort vive au côté gauche. Le pouls s'affaiblit, les douleurs cessèrent, il survint des syncopes, et la mort arriva au bout de deux heures. La gastrotomie pratiquée, on trouva un épanchement considérable de sang dans l'abdomen, et les extrémités inférieures de l'enfant passées à travers une crevasse située à la partie postérieure et inférieure gauche de l'utérus. Là les parois de cet organe n'avaient d'épaisseur que celle qu'auraient eue deux ou trois feuilles de papier appliquées l'une sur l'autre.

42e OBSERVATION.

Le docteur Just. Frid. Ling, cité par Sue, parle d'une matrice dont le fond était extrêmement épais, tandis que le côté droit, très-mince, était percé par les pieds de l'enfant.

43e OBSERVATION.

On rapprochera de ces faits celui rapporté par Camper, d'une matrice qui était si mince, dit-il, qu'elle fut percée par les pieds de l'enfant.

Je crois, au reste, qu'on ne doit pas accorder à l'action passive des fœtus plus d'influence qu'elle n'en a réellement, et je serais assez porté à me ranger de l'avis de Rœderer et de M. Sarrois (1) qui pensent que la position vicieuse de l'enfant ne peut être cause de rupture de l'utérus pendant l'accouchement, tant que les parois de cet organe sont dans leur état naturel d'intégrité.

Et en effet, il est facile de s'assurer que, quelle que soit la position qu'affecte l'enfant dans l'utérus, même après la perte des eaux, la matrice forme en se contractant un tout sphéroïdal ou plutôt ovalaire régulier, parce que d'une part la souplesse de l'enfant, la flexibilité de toutes les parties les unes sur les autres, lui permettent de se replier sur lui-même, d'obéir à la pression de l'utérus contracté, qui le maintient ou le rappelle à la forme ovoïde régulière qu'il affecte ordinairement. D'un autre côté, si, comme il arrive le plus ordinairement, les parois utérines se contractent en même temps dans toute leur étendue, elles forment une sorte de globe ou de voûte solide, ayant pour soutien ou pour rayon les parties les plus saillantes et les plus résistantes de l'enfant; et par conséquent la résistance de pression de celui-ci ne porte pas seulement sur les points avec lesquels il est en contact, mais elle se trouve partagée par toute l'étendue des pa-

(1) *Thèse*. Montpellier, 9 nivose an VIII.

rois utérines. Et conséquemment plus les contractions sont énergiques, plus cette résistance générale est grande, moins donc la rupture devient possible.

Le fait que je vais reproduire, et dans lequel le fœtus était complètement incompressible, vient appuyer victorieusement notre opinion.

44e OBSERVATION. — Endurcissement extraordinaire du fœtus. Accouchement heureux.

Madame Langevin, âgée de vingt-six ans, d'une stature moyenne, d'une complexion sèche, mais nerveuse, devient enceinte pour la seconde fois. A quatre mois et demi de sa grossesse, elle sent les mouvemens de l'enfant, mais ils contrastent, par leur lenteur et leur faiblesse, avec la vivacité et la force de ceux qu'exécutait le premier enfant, aux mêmes époques.

Arrivée au neuvième mois de sa grossesse, et comptant encore sur une vingtaine de jours pour être à terme, les mouvemens de l'enfant ne se font plus sentir; mais elle éprouve le sentiment d'un corps dur et inerte, qui retombe du côté vers lequel elle se penche, ou sur lequel elle se couche, et ce sentiment se renouvelle presqu'à chaque changement de position. Parfois le choc est assez fort pour occasioner de la douleur. Huit jours après, elle ressent, dès le matin, des douleurs intermittentes aux reins, accompagnées de nausées et d'ef-

forts de vomissemens. Phénomènes semblables à ceux qui avaient accompagné le travail du premier accouchement. C'était le 26 mars 1828. A midi, je trouve le col de l'utérus épais, dur et entr'ouvert de quelques lignes. La partie correspondante de l'utérus, accessible au toucher à travers le cul de sac vaginal, est occupée par un corps sphérique, résistant, susceptible de ballottement, et que je jugeai être la tête de l'enfant.

La main gauche, appliquée sur le fond de l'utérus, au-dessus de l'ombilic, sent une partie que je reconnais pour être un pied. Cette partie s'éloigne quand je fais pencher la femme L... en arrière ou de côté; elle fuit quand je la presse dans le même sens. Mais si je comprime de haut en bas, elle résiste et semble faire saillir le point des parois utérines qu'elle touche. En cherchant à refouler dans la direction du bassin ce pied, j'éprouve une résistance inaccoutumée, il semble immobile et inflexible.

Les douleurs se calmèrent dans l'après-midi, se réveillèrent à sept heures du soir, et augmentèrent graduellement de fréquence, de force et de durée. A une heure de la nuit (27 mai), la poche amniotique se présente à la vulve, se rompt et laisse échapper des eaux troublées par du méconium, mais sans odeur particulière.

La tête s'engage à travers l'orifice utérin, mais la dureté uniforme du cuir chevelu masquant complètement les sutures et les fontanelles, je ne pus recon-

naître dans quelle position cette partie se présentait. Le col était résistant, et quoique les contractions utérines fussent vigoureuses, que la femme se livrât avec courage à des efforts soutenus d'expulsion, la tête n'en perdit pas sa forme sphéroïdale, et le cuir chevelu ne se tuméfia pas, comme il arrive ordinairement en pareille circonstance; aussi le travail fut-il très-lent. La tête, parvenue dans l'excavation du bassin, refoulé en bas le périnée, et l'eût infailliblement rompu si, en maintenant fortement cette région, et poussant à travers elle la tête d'arrière en avant, je n'eusse en même temps refoulé la fourchette en arrière, afin de mettre l'ouverture de la vulve dans la direction de l'axe du bassin, que le fœtus suivait forcément. La tête ne faisait pas d'elle-même le mouvement ordinaire d'extension sous l'arcade pubienne, et ce fut avec beaucoup de peine que je pus lui imprimer ce mouvement. Elle sortit presque dans la direction de l'axe du bassin, c'est-à-dire le synciput entièrement en bas, l'occiput en avant, et la face tout-à-fait en arrière. Elle était immobile sur le col, tellement qu'il était difficile de lui faire exécuter des mouvemens de rotation et de flexion.

En enfonçant les doigts indicateurs pour aller accrocher les épaules, qui n'avançaient pas, je sentis les bras roides du fœtus arc-boutés contre la face interne des tubérosités ischiatiques, et qui contribuaient ainsi à le retenir. Je les rapprochai, non

sans beaucoup de peine, des épaules : de nouveaux efforts furent nécessaires pour dégager celles-ci.

Une fois la poitrine et une partie de l'abdomen hors de la vulve, je m'attendais à voir suivre facilement le reste du corps. Tous les obstacles n'étaient pas encore vaincus : d'abord un abdomen énormément distendu et incompressible, résista quelque temps à mes efforts de traction. Ensuite les extrémités pelviennes, qui se trouvaient à demi-fléchies et écartées l'une de l'autre, formant ainsi une sorte de fourche, aussi raide que le reste du corps de l'enfant, tinrent un instant celui-ci comme suspendu par les pieds à l'orifice utérin ou au détroit supérieur.

L'enfant, du sexe masculin, était mort. Son cordon ombilical avait près d'un pouce de diamètre, et seize pouces de longueur. Il était lui-même engorgé et raide, au point qu'en le prenant par un bout, on pouvait le soulever tout d'une pièce comme une tige de baleine. Il était d'un blanc nacré, translucide. La veine ombilicale, gorgée d'un sang noir, formait des bosselures volumineuses. En scarifiant le cordon et le comprimant, j'en exprimai une grande quantité de l'humeur connue sous le nom de *gélatine de Warthon*, mais plus diffluente que de coutume; alors ce cordon devint souple et flexible. Les parois artérielles offraient une dureté presque cartilagineuse; leur canal me parut presque entièrement oblitéré. Ces dispositions disparaissaient

brusquement au moment où ces artères pénétraient dans le trou ombilical.

Le fœtus avait treize pouces de long. Il était tellement dur et raide, qu'en le prenant par un pied ou par une main, on l'enlevait tout d'une pièce, comme s'il eût été de bois. Il ne paraissait pas plus développé qu'un fœtus d'environ sept mois. Je ne me suis pas aperçu que la température fût moindre qu'elle ne l'est chez les enfans qui sortent du sein maternel dans les cas ordinaires. Seulement le refroidissement fut très-prompt.

L'épiderme macéré était détaché ou s'enlevait de toute la surface du corps. La peau était d'un rouge brun, parsemé de plaques plus foncées, plus ou moins larges, irrégulièrement distribuées.

La poitrine était un peu bombée; mais l'abdomen surtout était très-développé.

Les membres semblaient comme desséchés, et paraissaient plutôt avoir diminué qu'augmenté de volume. Il fallait employer une certaine force pour rendre les articulations mobiles. La peau résistait partout à une pression assez forte : elle semblait desséchée, racornie, et fortement collée sur les parties subjacentes. Cet enfant aurait pu passer pour pétrifié aux yeux de bien des gens.

Douze heures après sa venue, le cadavre était complètement froid, bien qu'il eût été enveloppé de linges secs. Il présentait un peu moins de dureté

générale, et les articulations étaient un peu plus souples.

Des incisions, pratiquées en différentes régions, fournirent un peu de sérosité rougeâtre.

En coupant les chairs jusqu'aux os au-dessus et au-dessous du genou droit, cette articulation n'en devint pas beaucoup plus mobile. La rigidité cadavérique des muscles n'était donc pas la cause de cette inflexibilité.

Le tissu cellulaire n'offrait aucun atome de graisse, si ce n'est aux joues. Les muscles étaient d'une couleur foncée; toutes les veines se trouvaient gorgées d'un sang noir assez consistant.

L'abdomen, dont les parois durcies n'avaient que trois à quatre lignes d'épaisseur, contenait plus d'une chopine de sérosité rougeâtre. Estomac resserré; intestins contractés et contenant peu de méconium; vaisseaux mésentériques gorgés de sang.

Foie volumineux, d'un rouge assez foncé, consistant, et laissant échapper du sang noir par les incisions. La vésicule contenait une petite quantité de bile.

Un peu de sérosité rougeâtre dans les plèvres et le péricarde; poumons noirs et durs; trou de Botal presque complètement oblitéré. Canal artériel dans l'état ordinaire. Cavités du cœur et gros vaisseau gorgés de sang noir.

Les os crâniens ne sont pas soudés ensemble, ni

les fontanelles effacées, comme aurait pu le faire croire l'apparente solidité de la tête.

Epanchement séro-sanguinolent peu abondant sous la dure-mère, le canal rachidien, et dans les ventricules; sinus et vaisseaux cérébraux gorgés de sang; substance cérébrale beaucoup plus ferme qu'elle ne l'est chez les enfans.

Remarques. Cet état d'endurcissement remarquable diffère essentiellement du schlerème, ou de ce qu'on entend généralement par endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés. Ici il y avait endurcissement de tous les tissus; je ne connais qu'un fait qui présente de l'analogie avec le mien; c'est celui recueilli en 1718 à l'hôpital d'Ulm, par Jean Umbresius. Je passe sous silence les considérations que ce sujet peut fournir, pour remarquer que, malgré la résistance extrême que le fœtus inflexible a opposée aux contractions de la matrice, et quoique les parois de cet organe ne dussent alors appuyer que sur des régions saillantes et étroites, contre lesquelles il semblerait qu'elles eussent dû se briser, aucune atteinte cependant n'a été portée à leur intégrité. Il n'y a pas eu de rupture!

Nous croyons donc pouvoir conclure de ce qui précède, que la pression passive du fœtus contre les parois utérines pendant le travail de l'enfantement n'est pas absolument susceptible d'en produire la rupture, lorsqu'elles sont dans leur état d'intégrité naturelle.

Les observations citées comme exemple de ruptures de la matrice occasionées par la position vicieuse de l'enfant, ou par l'énergie du travail, sont loin d'être rigoureusement probantes : le silence que les auteurs gardent sur l'état dans lequel était le tissu là où se trouvait la rupture, peut laisser supposer, et je crois avec beaucoup de fondement, que cette partie était le siége d'altération prédisposante qui ne lui a pas permis de concourir aux contractions générales, et que, par conséquent, elle ne possédait pas en elle-même l'antidote des effets néfastes de ces contractions.

De plus même, quelques uns de ces faits donnés comme preuve de ruptures occasionées par la pression du fœtus, présentent des circonstances qui viennent à l'appui de notre opinion. Ce qui prouve l'influence qu'exerce sur l'interprétation des faits la préoccupation d'esprit ou les idées préconnues.

En voici une preuve :

45e OBSERVATION. — Rupture de l'utérus prétendue occasionée par la pression de l'enfant. Position vicieuse de l'enfant. Inflammation utérine. Rupture consécutive.

Une femme âgée de quarante ans, et déjà mère de huit enfans, tomba, sur la fin de sa grossesse, du haut d'une échelle. Elle cessa aussitôt de sentir les mouvemens de son enfant. Les douleurs de l'accou-

chement survinrent huit jours après. La sage-femme trouva l'orifice de la matrice très-dilaté. Le fœtus, encore contenu dans les membranes, se présentait en mauvaise position. Le lendemain, écoulement d'eaux fétides et chargées de méconium. Procidence d'un bras noir et couvert de phlictènes. L'instant auparavant, la femme avait eu une très-forte douleur qu'elle avait secondée par de violens efforts, et en même temps les assistans, dit-on, avaient entendu un bruit semblable à celui que produit un corps qui se rompt avec violence. M. Veissius, médecin renommé d'Altorf, vit cette femme le troisième jour du travail, et lui trouva le ventre très-élevé, avec des douleurs du côté droit. Il ne put sentir ni les pieds ni la tête de l'enfant, pour en changer la position. La femme mourut le jour suivant. Une déchirure très-longue se remarquait au côté droit de la matrice. Elle livrait passage à la tête et à un des bras. Le reste de l'enfant se trouvait encore dans l'utérus. Celui-ci était d'un rouge brun, et parsemé çà et là de points noirs.

Bien certainement que dans ce cas les parois de l'utérus n'étaient pas en état de santé quand arriva la rupture. La chute faite huit jours avant le travail, la compression prolongée de l'enfant ont pu occasioner d'abord de l'inflammation et du ramollissement; les manœuvres inconsidérées de la sage-femme, qui ne sera certainement pas restée pendant trois jours spectatrice oisive, auront aussi

pu, tout aussi bien que la pression du fœtus, provoquer la rupture. D'ailleurs l'état dans lequel on a trouvé la matrice, qui présentait des traces non équivoques d'inflammation, explique suffisamment comment cet accident a été produit.

Que l'on examine tous les exemples analogues à celui-ci, et dont nous faisons grâce au lecteur, et l'on trouvera la même omission de circonstances importantes, et la même légèreté d'interprétation. Peut-être le même reproche doit-il être adressé au fait que la science doit à M. Mazonni (1), et dans lequel le genou de l'enfant, arc-bouté contre l'angle sacro-vertébral pendant une violente contraction, produisit la rupture de la partie intermédiaire de l'utérus.

§ 2. *Pression active et violences produites par les mouvemens de l'enfant.*—Les considérations que nous avons présentées sur les rapports qui existent entre les parois utérines contractées et la réaction contre elles de lenfant, trouveront ici une nouvelle application.

On a dit qu'en se raidissant, en se redressant brusquement, l'enfant pouvait frapper avec assez de violence de ses pieds contre le fond de la matrice pour la percer. Mais si ce mouvement est opéré pendant l'état de repos ou de relâchement des parois utérines, la souplesse et l'extensibilité dont elles

(1) *Statistica Ostetr.*, p. 27. Florence, 1833.

jouissent leur donneront toute facilité et toute latitude pour céder à cette violence en fuyant, en se distendant, enfin en se déplaçant.

Ce mouvement a-t-il lieu pendant les contractions utérines? La puissance extraordinaire de résistance qu'elles présentent alors aurait besoin, pour être vaincue, d'une violence bien autrement forte que celle qui peut résulter d'un mouvement, même convulsif, du fœtus. Et puis, comme l'ont fort bien objecté ceux qui n'ont pas adopté cette opinion sur l'influence de l'enfant, il est impossible que celui-ci puisse exécuter des mouvemens bien étendus pendant les contractions utérines, enchaîné qu'il est alors par les parois qui l'embrassent, le serrent et l'étreignent de toutes parts. Nous nous rangeons donc volontiers contre l'opinion de Levret et de M. Egge (1), au sentiment de Rœderer, de M. Deneux, qui regardent les mouvemens violens que l'enfant a présentés dans quelques cas de ruptures, comme un résultat et non comme la cause de cet événement. Et en effet, quand la mort de cet être suit de près la rupture, soit qu'il reste dans la cavité utérine ou qu'il soit chassé dans l'abdomen, des mouvemens convulsifs précèdent ordinairement de quelques instans cette terminaison funeste.

Toutefois, si dans l'état d'intégrité des parois uté-

(1) *Bibl. médicale*, 1829, t. 1, p. 94.

rines, les mouvemens de l'enfant ne sont pas capables d'en provoquer la rupture, il peut n'en être pas tout-à-fait de même lorsque cet organe présente quelqu'une des altérations prédisposantes de cet accident. Il se peut donc que dans les cas où on a cru que les mouvemens de l'enfant avaient occasioné la rupture, cette cause a pu y contribuer si les parois de l'utérus étaient affectées, amincies ou ramollies, par exemple. Mais comme on a négligé de relater dans ces observations l'état dans lequel était le point de la rupture, elles laisseront toujours au moins du doute dans l'esprit sur la nature des causes qui les ont déterminées.

Conclusions générales sur les causes des *ruptures du corps de l'utérus* pendant l'accouchement.

1. *Les ruptures propres au travail de l'accouchement reconnaissent pour cause déterminante les contractions de l'utérus.*

2. *Ces contractions ne peuvent déterminer la rupture tant que les parois utérines sont dans leur état naturel sous le rapport de leur organisation, des dispositions anatomiques et de leùr faculté contractile; en un mot, tant que tous les points de ces parois prennent également part à ces contractions.*

3. *L'altération organique, physiologique ou pathologique de l'un des points des parois utérines est donc une condition essentielle à la production de ces*

ruptures, quelles que soient et la violence des contractions et la nature des obstacles qui s'opposent à leur but, c'est-à-dire l'expulsion du produit de la conception.

4. *Ces altérations prédisposantes agissent en diminuant ou détruisant la résistance organique, comme le ramollissement, l'amincissement, ou la faculté contractile, comme l'inflammation, la gangrène, l'induration ou le squirrhe.*

5. *Plusieurs circonstances, que l'on a regardées comme causes déterminantes, telles que la position vicieuse du fœtus, son volume trop considérable, ses mouvemens violens, n'ont d'autre influence sur la production des ruptures que de déterminer des altérations prédisposantes, et notamment l'inflammation et la gangrène. Ou bien, ces causes n'agissent comme déterminantes plus ou moins directes, que lorsqu'il existe des prédispositions, soit qu'elles les aient elles-mêmes produites préalablement, soit qu'elles dépendent d'autres et plus anciennes causes.*

6. *Lors même qu'il existe des altérations prédisposantes, les contractions de l'utérus ne peuvent en général déterminer de rupture que quand les eaux sont écoulées.*

7. *Enfin l'insuffisance de la plupart de ces causes prédisposantes et déterminantes, la nécessité que plusieurs concourent simultanément pour qu'il en résulte une rupture du corps de l'utérus pendant et*

par le travail de l'enfantement, la nécessité de toutes ces conditions, dis-je, explique pourquoi cet accident est très-rare en proportion du grand nombre d'accouchemens laborieux qui paraissent présenter les circonstances les plus favorables à sa production.

ARTICLE III. Ruptures du corps de l'utérus produites par les manœuvres obstétricales et l'application des instrumens pendant l'accouchement.

Les manœuvres faites dans l'intention de changer la position vicieuse de l'enfant, et d'en opérer la version, peuvent, en le refoulant, ajouter à la pression qu'il exerçait sur un utérus à parois déjà violentées par un laborieux et inutile travail, et provoquer ainsi la rupture, qui n'était qu'imminente. L'application des instrumens n'est pas moins féconde en déplorables résultats; elle les détermine, soit indirectement, en refoulant l'enfant, soit directement, par leurs bords presque tranchans, comme au forceps, ou leurs pointes, comme au perce-crâne, aux crochets. Tel paraît avoir été le cas rapporté par Smellie qui, après avoir délivré une femme contrefaite au moyen du crochet, trouva le fond de la matrice déchiré.

En lisant les histoires particulières des ruptures utérines opérées pendant l'accouchement, on est affligé de voir que ces causes y ont eu, dans la plu-

part des cas, la plus grande, si ce n'est l'entière part.

CHAPITRE II. — RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ACCIDENS PRIMITIFS DES RUPTURES DU CORPS DE L'UTÉRUS PENDANT LE TRAVAIL PARTURITIF.

§ 1. *Passage complet ou incomplet de l'enfant dans l'abdomen.* Comme les ruptures du corps de l'utérus pendant l'accouchement proviennent, en dernière analyse, du brisement d'un point affaibli des parois de cet organe contre une partie saillante du fœtus, le passage de cette partie à travers la crevasse doit être le premier résultat, ou, pour mieux dire, la conséquence essentielle de cet accident. Cependant il peut arriver, comme on l'a avancé, que si la rupture correspond à une large surface de l'enfant, celui-ci ne s'y engage pas.

Qu'une violence extérieure, tendant à rapprocher complètement les parois utérines l'une de l'autre, à l'aplatir enfin, provoque une crevasse assez grande, et l'expulsion de l'œuf humain entier dans la cavité abdominale du premier coup, cela se conçoit, et quelques unes des observations que nous avons citées en font foi. Mais, dans les ruptures déterminées par les contractions utérines, comme il ne se peut pas qu'elles soient assez énergiques ni assez soutenues pour réduire instan-

tanément l'organe, et effacer complètement sa cavité, il en résulte que le fœtus ne saurait en être de prime abord chassé en entier, à moins que les contraction des parois abdominales ne viennent favoriser ou produire cette expulsion complète. Mais le plus ordinairement, ou bien l'utérus tombant dans l'inertie après l'accident, les choses restent au point où elles étaient au moment où s'est faite la rupture, c'est-à-dire que la partie de l'enfant en rapport avec la crevasse y reste seule engagée; ou bien le retrait soit organique, soit rendu actif par le réveil subséquent des contractions, ne détermine l'expulsion du reste de l'enfant que progressivement. Dans le premier cas, rien n'indique l'existence de cet accident, en examinant du côté de l'orifice utérin, ou du détroit supérieur, parties avec lesquelles le fœtus conserve alors les rapports qu'il avait avant l'événement. Dans le second cas, la même conservation de rapports peut avoir lieu, par exemple, si la tête était fortement embrassée par le col utérin, ou engagée dans le détroit supérieur, s'il y avait procidence d'un membre, etc., mais assez souvent aussi on sent l'enfant fuir pour ainsi dire sous le doigt explorateur; ou si on ne pratique le toucher qu'un certain temps après l'événement, on ne trouve plus le fœtus où on l'avait senti, ni même dans la cavité utérine.

Quand l'extrémité pelvienne est la première engagée dans la crevasse, la tête peut être retenue dans la cavité utérine par le resserrement des bords de

l'ouverture accidentelle autour du col du fœtus. Si la tête a passé la première, le même effet déterminera la rétention du tronc, tandis que la tête fera saillie hors des parois utérines, dans la cavité abdominale. On a vu un bras seul pendre dans le vagin, à travers l'orifice utérin, tandis que tout le corps de l'enfant était passé dans la cavité abdominale.

Dans un exemple donné par Behling, la tête et un bras seul étaient passés dans le ventre. La tête seule avait franchi la rupture de manière à être coiffée du péritoine resté intact, dans le cas observé par M. Radfort. Il ne restait qu'un des pieds dans le fond de la matrice, dans le cas observé par Peu (1).

Relativement au placenta, il est quelquefois chassé dans l'abdomen avec le fœtus, alors même que celui-ci n'y est passé qu'en partie (obs. 31), d'autres fois il est expulsé seul par les voies naturelles, tandis que l'enfant est dans la cavité abdominale, où on le trouve en se servant du cordon ombilical pour guide. Enfin ce corps peut être retenu dans la cavité utérine, adhérent ou libre, et quoi que soit devenu l'enfant.

Quant aux autres conséquences des ruptures du corps de l'utérus opérées pendant la parturition, elles sont les mêmes, mais plus intenses que celles qui résultent du même accident, arrivé dans les derniers mois de la grossesse. Ce sont l'hémorrhagie et

(1) *Prat. des accouchemens*, p. 79.

l'épanchement, le déplacement d'une portion d'intestins ou d'épiploon, l'inflammation de l'utérus, du péritoine et des viscères abdominaux, les abcès consécutifs.

§ 2. *Hémorrhagie, épanchement.* Les bords de la rupture fournissent peu de sang, soit parce que les parois utérines sont en cet endroit amincies de longue date, par une des altérations qui ont été indiquées, ou par suite de la distension qui a précédé l'accident, soit parce qu'après que celui-ci est arrivé, le tissu utérin se rétracte, soit enfin et surtout à cause du genre de solution de continuité qui, étant analogue aux plaies par arrachement, est favorable contre l'hémorrhagie traumatique.

Le sang est plutôt fourni par le décollement du placenta, et comme il trouve alors plus de difficulté à s'échapper par les voies naturelles, souvent encore comblées par la présence de l'enfant, que par la déchirure, il s'épanche dans la cavité abdominale.

Cette hémorrhagie peut être comme foudroyante, la femme périt subitement, soit avant la délivrance, soit immédiatement après, sans qu'aucun signe ait fait soupçonner la rupture.

Cependant cet accident n'est pas toujours si redoutable; la rupture peut être faite hors de la sphère du placenta, dont les rapports avec l'utérus ne sont pas alors changés, ou bien ce corps s'engage par un point de ses parois dans la crevasse, la bouche, et met obstacle à l'écoulement ultérieur

du sang et à l'épanchemant dans la cavité abdominale. Une partie du fœtus peut faire le même office de bouchon. Si la délivrance suit de près l'événement, le retrait de l'utérus met un terme à l'hémorrhagie. Il en est de même si le contenu utérin a passé tout entier dans l'abdomen, et surtout lorsque le péritoine a été épargné.

De tous les accidens que produit la rupture de l'utérus, l'hémorrhagie et l'épanchement sont sans contredit les plus graves, ceux qui font courir les dangers les plus pressans. Cet épanchement peut seul compromettre les jours de la malade, alors même que la délivrance a pu être faite par les voies naturelles: en voici un exemple fourni par Chambon.

46e OBSERVATION.

« Une femme, dit Chambon, avait été accouchée par un habile chirurgien, qui avait annoncé au moment de l'accouchement une rupture du fond de l'utérus. Les suites de couche ne présentaient rien de fâcheux : la mère nourrissait son enfant. Le ventre restait seulement plus gros qu'il n'a coutume de l'être après la sortie des fœtus. Il augmenta par la suite, en sorte que, dans l'espace de quelques semaines, il avait acquis un volume assez considérable. Il augmenta plus rapidement à cette époque et devint douloureux. Une fièvre violente se déclara, et la femme mourut. A l'ouverture du cadavre, on trouva la cavité abdominale remplie d'une matière

puriforme, sanguinolente et fétide, avec inflammation des intestins. La matrice avait à son fond une plaie qui rendait un pus de mauvaise nature. »

Voilà donc un épanchement sanguin qui a pu exister pendant plusieurs semaines sans porter des troubles bien profonds dans l'économie animale, puisque la femme put allaiter son enfant. Il est probable même qu'il n'y eut pas d'abord d'inflammation, puisque la sécrétion lactée se fit bien. On sait avec quelle facilité cette fonction se trouve suspendue toutes les fois qu'un travail inflammatoire, encore que peu intense, établit un mouvement fluxionnaire dans une partie plus ou moins éloignée. Ce n'a donc été que peu de temps avant la mort que l'inflammation s'est manifestée et a réuni son produit à celui de l'épanchement. Il est permis de présumer que si cette femme avait été soumise à des précautions nécessitées par sa position, elle n'aurait pas été en proie aux derniers événemens qui l'ont fait périr; ou bien on aurait pu, je pense, débarrasser avec succès l'abdomen de la présence de cet épanchement, en pratiquant une incision peu étendue aux parois abdominales.

§ 3. *Déplacement et étranglement d'une portion d'intestin ou d'épiploon.* Le diagnostique de cet accident n'est pas facile tant que la présence du fœtus rend la cavité de l'utérus inaccessible au toucher; ou quand, après la délivrance, cet organe est revenu sur lui-même de manière à ce que sa cavité ne puisse

plus permettre l'introduction de la main. Les signes qui manifesteraient le déplacement et l'étranglement intestinal à travers la crevasse présentent peu de différence avec ceux qui sont propres à celle-ci ou à ses autres résultats. Les dangers que ce déplacement peut entraîner sont prouvés par une observation rapportée d'après Percy par M. Deneux. (*Loc. cit.* pag. 53.)

47ᵉ OBS. — Hernie mortelle à travers une rupture de l'utérus (Percy).

Une femme, parvenue au terme de sa sixième grossesse en cinq années de mariage, s'était mise au lit après un souper de famille dans lequel elle avait beaucoup ri et mangé. Elle dormit d'abord tranquillement, et fut éveillée, au bout de quelques heures, par des crampes, des douleurs atroces dans le bas-ventre et les lombes, accompagnées de vomissemens. Elle appela aussitôt M. Percy le père, son parent; mais il ne put parvenir à la soulager. Vers les six heures du matin, les eaux de l'amnios s'évacuèrent. La matrice se contractait avec violence sur le corps de l'enfant, sans que pour cela l'orifice en devînt plus mince et plus dilaté. Long-temps après, Mme Percy, qui était restée auprès de la malade, aperçut qu'un des bras de l'enfant était sorti, engagé jusqu'à l'épaule, et tellement serré dans l'orifice, qu'il paraissait comme étranglé; ce qui l'engagea à rappeler son mari. Ce fut en vain, à son retour, qu'il chercha le bras qu'on lui avait annoncé : il n'était plus dans le vagin, et il

ne put même le retrouver en portant la main dans l'utérus pour terminer l'accouchement; ce qu'il était urgent de faire, car la matrice s'était déchirée, et l'enfant allait en sortir et pénétrer dans l'abdomen. L'accouchement fut terminé en peu de temps; mais au lieu de la tranquillité qui semblait devoir le suivre, les accidens continuèrent, et parvinrent même à un plus haut degré d'intensité qu'auparavant. Plusieurs médecins furent appelés. On eut recours aux saignées, aux mixtures, aux potions, aux opiatiques, et rien ne procura du soulagement. La matière des vomissemens était alors d'une odeur infecte, comme dans une hernie étranglée et menacée de gangrène. La malade mourut vingt-deux ou vingt-trois heures après le début des premières douleurs, et fut ouverte le jour suivant.

Tous les viscères abdominaux étaient dans un état de gangrène et de pourriture très-avancée. Deux circonvolutions d'intestins s'étaient insinuées dans la matrice par une rupture qui se trouvait à sa partie postérieure, supérieure et latérale gauche, à un travers de doigt de la trompe; elles formaient, dans la cavité de ce viscère, une tumeur dans laquelle on ne reconnaissait aucune partie. Le sang, les excrémens, les tuniques des intestins, et peut-être quelques restes de l'arrière-faix, avaient été confondus par la gangrène. Avant de fendre la matrice, on essaya d'en retirer les anses intestinales; mais elles se déchirèrent, et laissèrent apercevoir quatre ori-

fices assez distincts. La matrice, contractée sur elle-même, égalait encore en volume la forme d'un chapeau ordinaire. Elle était allongée à l'endroit de la rupture, comme si elle s'était avancée au-devant des intestins, qui s'y étaient incarcérés et étranglés de la manière la plus étroite. Cette rupture, qui devait avoir été très-large avant la contraction de l'utérus, était au plus d'un diamètre propre à admettre le doigt, au moment de l'ouverture.

Ce fait et d'autres que nous allons rapporter montrent la nécessité d'explorer la cavité utérine après tout accouchement laborieux, alors même qu'aucun signe n'aurait indiqué la formation d'une rupture pendant le travail. En portant la main dans l'utérus, on sentirait les intestins qui s'y seraient engagés, et que l'on distinguerait facilement de débris de placenta ou de membranes, à leur forme, au gargouillement. On reconnaîtrait l'ouverture par laquelle ils se sont introduits et par laquelle on peut les refouler dans la cavité abdominale.

48e OBSERVATION. — Passage des intestins dans la cavité utérine à travers une rupture. Réductions. Guérison.

Rungius (1), après avoir accouché une femme par la voie ordinaire, toucha très-distinctement les intestins à travers l'ouverture du fond de la matrice; ce chirurgien repoussa les intestins, et tint la main

(1) *Inst. chirurg.*, pars secunda, p. 728.

dans la cavité utérine jusqu'à ce que cet organe se fût assez contracté, et la déchirure assez rétrécie pour empêcher qu'ils ne s'y engageassent de nouveau. La femme se rétablit parfaitement.

49e OBSERVATION. — Même sujet.

En portant la main dans la matrice pour détacher le placenta, Toutaint Beauregard reconnut une rupture de ce viscère, et qu'une grande portion d'intestin avait pénétré dans sa cavité. Après l'avoir fait rentrer dans l'abdomen, la matrice se contracta, et la perte, qui avait déterminé l'accoucheur à opérer la délivrance, n'eut aucune suite. La femme survécut un mois à la rupture. Il est même probable qu'elle eût pu être entièrement sauvée, si on l'avait soignée convenablement (1).

Je rappellerai la hernie épiploïque existant dans le fait que nous avons rapporté précédemment d'après Mme Lachapelle.

Cette exploration de l'utérus, faite immédiatement après la délivrance, n'est ni difficile pour l'accoucheur, ni douloureuse pour la femme. Les parties n'ont pas encore eu le temps de revenir de cette ample dilatation, à laquelle elles viennent d'être soumises. Elles sont encore comme engourdies, soit par les violences des contractions, soit par les pressions qu'elles ont éprouvées.

(1) Ancien *Journal de médecine*, t. LXXIX, p. 68.

CHAPITRE IV. — SIGNES DE LA RUPTURE DU CORPS DE L'UTÉRUS PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

La plupart des symptômes qui manifestent la rupture du corps de la matrice pendant le travail de l'enfantement sont semblables à ceux que cet accident produit pendant la grossesse, mais se dessinent d'une manière plus tranchée; aussi le diagnostique présente-t-il ici un degré de certitude souvent étranger à la rupture de la grossesse. Nous allons les exposer d'après la marche qu'ils suivent d'ordinaire.

§ 1er. Une douleur aiguë, déchirante, apparaît subitement dans un point fixe des parois de la matrice pendant une violente contraction de cet organe. La déchirure se fait quelquefois avec un bruit appréciable pour la femme, et qui peut être, a-t-on dit, entendu des assistans. Elle se plaint comme de la chute d'un corps lourd ou incommode dans l'abdomen. Suivent immédiatement les divers phénomènes du trouble de l'innervation, tels que pâleur, lypothimies, hoquet, vomissement. Un sentiment d'engourdissement dans le lieu de la rupture succède à la douleur; un calme trompeur suit l'anxiété générale qu'elle avait occasionée; une chaleur douce semble se répandre dans l'abdomen; les douleurs de parturition, jusque-là violentes, sont tout à coup suspendues.

§ 2. On peut sentir à la surface du globe utérin une inégalité insolite dépendant de la sortie et

de la saillie d'une partie du fœtus à travers la crevasse. S'il est passé en grande partie ou en totalité dans l'abdomen, la forme du ventre change, il perd sa sphéricité; il présente des inégalités, des bosselures; le globe utérin réduit est parfois refoulé hors de la ligne médiane, et dans le voisinage, on sent l'enfant plus distinctement que quand il était enfermé dans l'utérus : on peut même le faire changer de place et de position à travers les parois assouplies de l'abdomen, le promener, pour ainsi dire, au milieu de cette cavité; ses mouvemens sont plus appréciables, plus étendus; la mère les perçoit aussi plus forts, et surtout dans des parties où elle n'avait pas coutume de les sentir. Des mouvemens brusques, violens, bientôt suivis d'une immobilité complète, indiquent que la vie de l'enfant s'est arrêtée par privation de sang, après avoir vainement lutté par une réaction convulsive.

Ces symptômes suffiraient pour fonder un diagnostique certain, s'ils se présentaient tous, ou largement dessinés, et dans un ordre constant. Mais il n'en est pas toujours ainsi; on a vu quelques femmes rester plus ou moins de temps dans un état apparent de calme et de tranquillité, et périr tout à coup sans que la rupture ait été annoncée par aucun signe; ou bien, le peu d'intensité et le petit nombre des symptômes qui se manifestent ne peuvent donner l'idée qu'un accident aussi redoutable existe. Aussi Lamotte et Burton disent-ils que la plu-

part des femmes qui meurent pendant le travail de l'enfantement, non délivrées sans qu'il se manifeste aucune perte remarquable, et quand la tête ne bloque pas, pour ainsi dire, l'orifice de la matrice, succombent à la rupture de cet organe (1).

§ 3. *Signes fournis par le toucher.* Les signes les moins équivoques s'obtiennent par le toucher: dans le cas où les membranes n'auraient pas été rompues, la poche des eaux s'affaisse sur-le-champ, devient très-flasque, quoique aucun fluide ne se soit écoulé par la vulve. L'enfant, que l'on sentait quelques instans auparavant plus ou moins engagé à travers l'orifice, ou appliqué contre cette ouverture, fuit, remonte et disparaît même sous le doigt explorateur; en même temps le col utérin, s'il était dilaté, se resserre. Poursuit-on l'examen? tantôt la main ne peut plus pénétrer dans la cavité de la matrice, qui est plus ou moins complètement revenue sur elle-même; d'autres fois on rencontre dans sa cavité des intestins échappés par la rupture; on reconnaît le lieu et l'étendue de la crevasse; la main peut pénétrer jusque dans la cavité abdominale. Ces signes manquent lorsque la rupture a lieu sans résultats relatifs au contenu de la matrice. On peut bien la soupçonner aux symptômes locaux qui ont manifesté sa production; mais elle n'est positivement constatable qu'après la délivrance. C'est ici le

(1) Delamotte, t. II. Burton, t. I, p. 173.

lieu de rappeler aux jeunes praticiens la facilité d'une erreur que le professeur Dubois signalait dans ses cours. La première fois qu'il porta la main dans l'utérus, c'était pour un enkystement du placenta. Arrivé dans la cavité largement distendue du col, il sentit une étroite ouverture, et il crut, non sans effroi, reconnaître une déchirure de la matrice. Tout à coup le spasme cesse, cette ouverture s'élargit, et fait voir qu'elle n'était autre chose que l'orifice interne, dont la constriction retenait le placenta dans une sorte d'arrière-boutique (Mme Lachapelle, t. III, pag. 115.)

DEUXIÈME DIVISION.

RUPTURES VERTICALES DU COL UTÉRIN.

CHAPITRE Ier. — CAUSES ET MÉCANISMES.

Dans l'état ordinaire, la résistance pour ainsi dire toute passive qu'oppose le col utérin à l'avancement et à la sortie de l'enfant, est graduellement vaincue par la puissance active des contractions du corps de l'organe. Le col utérin se trouve soumis à deux puissances qui concourent à produire sa dilatation. D'abord les contractions s'opérant spécialement dans ce sens qu'elles tendent à retirer les parois utérines vers le fond de l'organe, la circon-

férence du col ou de ses orifices se trouve entraînée dans la même direction, c'est-à-dire de bas en haut, et en même temps excentriquement, vu la forme sphéroïdale du segment inférieur. Ses bords s'écartent donc, et il y a dilatation par traction. Mais la principale puissance dilatante provient du fœtus. La tête, partie qui s'engage le plus ordinairement la première, présentant ainsi des parties successivement plus volumineuses, poussée qu'elle est par les contractions utérines, agit à la manière d'un coin; elle opère sur le col une pression latérale, une traction excentrique.

Ordinairement le tissu du col utérin est doué d'un degré suffisant d'extensibilité pour obéir en se distendant, à cette puissance dilatante. Mais s'il ne se trouve pas dans les conditions favorables, s'il est inextensible, ce n'est qu'en se rompant, se déchirant qu'il cédera à la pression excentrique. Il faut bien remarquer que cette distension ne porte pas seulement sur le bord plus ou moins aminci de l'orifice externe, mais que l'orifice interne d'abord et les parois du col, en un mot tout le segment inférieur de l'utérus formé par le col dilaté qui embrasse la tête du fœtus, sont également soumis à cette pression. Dans ces cas, la déchirure sera nécessairement verticale, c'est-à-dire dans le sens et la direction distendante. On voit en effet dans les observations exactement circonstanciées de ruptures verticales du col utérin, que, quand elles se

sont opérées, la tête était déjà plus ou moins avancée à travers l'orifice. Il est permis de supposer qu'il en a été de même dans les cas où cette circonstance n'a pas été relatée. Disons au reste, par anticipation, que toute pression latérale, n'importe l'agent qui la produit, peut donner lieu aux mêmes résultats : ainsi nous verrons une rupture de cette espèce avoir été produite par la main d'un accoucheur qui voulut forcer l'orifice résistant de l'utérus.

Dans les cas même les plus ordinaires, et surtout au premier accouchement, alors que le col utérin n'a pas encore acquis toute la souplesse et l'extensibilité nécessaire à la fonction qu'il est destiné à remplir, il n'est pas rare de voir les bords de son orifice externe déchirés verticalement. Ces déchirures plus ou moins profondes s'annoncent par une douleur très-aiguë que la femme éprouve pendant un violent effort. La tête, qui était retenue au-dessus du détroit par la résistance du col qui se trouve ainsi subitement vaincu, est comme précipitée brusquement dans l'excavation du bassin. Si les accoucheurs, témoins de ce phénomène assez fréquent, ont, dans ce cas, examiné attentivement l'état des parties après la délivrance, ils ont dû trouver l'orifice externe plus ou moins profondément déchiré à un ou plusieurs endroits. Lorsque l'organe est revenu sur lui-même, ces déchirures n'apparaissent plus que comme des fissures. Leur

cicatrisation donne lieu à des sillons qui divisent le museau de tanche en plusieurs lobes.

Ces fissures sont le premier degré des ruptures qui nous occupent; un effort de plus de la part de l'enfant, une résistance passive plus considérable de la part du col et la déchirure pourra envahir jusqu'au corps utérin, s'étendre jusqu'au péritoine.

Il est bien évident que cette division, pour peu qu'elle ait d'étendue, ne saurait se faire, sans que la région limitrophe du vagin n'y fût comprise.

Ce qui s'observe à l'orifice externe du col utérin, a également lieu et de la même manière pour l'orifice interne. Son rôle dans l'accouchement est le même. La tête de l'enfant se comporte à son égard et réciproquement de la même manière absolument que pour tout le col et notamment que pour l'orifice externe. Dans quelques cas beaucoup plus communs qu'on ne le pense, il offre une résistance qui apporte des entraves à l'accouchement. Il presse et semble comme étrangler la tête du fœtus au niveau des sillons qu'elle présente, soit entre les bosses frontales et pariétales d'une part, et les arcades surciliers et l'arcade zygomatique d'autre part, soit au niveau de la racine du nez et des orbites. Cette disposition est une cause assez fréquente, mais trop peu considérée, d'accouchemens laborieux.

Or, que cet orifice interne soit peu extensible, c'est sur lui que porte d'abord l'action rupturante de la pression latérale de la tête de l'enfant qui s'y

trouve engagée. La rupture pourra s'étendre de là, soit vers l'orifice externe, soit vers le côté correspondant du corps de la matrice.

Il sera maintenant facile d'élire parmi les causes que les auteurs ont confusément appliquées aux ruptures utérines en général, celles qui appartiennent spécialement à la rupture verticale du col ou du segment inférieur de l'utérus. Ainsi, nous établirons comme conditions ou causes prédisposantes essentielles, 1° un état de rigidité naturelle ou pathologique du col de l'utérus, mais susceptible de permettre à la tête de l'enfant d'engager son sommet à travers les orifices; autrement les mêmes conditions prédisposent, non plus aux ruptures verticales, mais à celles transversales de segment inférieur, ainsi que nous le démontrerons bientôt. Aussi suffit-il que la rigidité soit bornée à une partie plus ou moins étendue du pourtour des orifices, pour que la rupture verticale soit imminente; tels un tubercule, l'état squirrheux d'une des lèvres du museau de tanche, une ancienne cicatrice. 2° Le ramollissement du tissu de tout ou partie du col utérin par l'inflammation; le sphacèle, résultant d'un travail laborieux et d'une pression excentrique prolongée, expose également cette partie à se rompre.

Tout acte, ayant pour effet de produire une pression latérale ou excentrique sur le col utérin ainsi prédisposé, devient cause déterminante de la rup-

ture verticale de cette partie. Les contractions énergiques et précipitées tendant à faire franchir à l'enfant les orifices, avant qu'ils n'aient eu le temps de se disposer à la dilatation nécessaire, peuvent provoquer la rupture même dans des cas où le tissu de cette région ne présenterait pas de prédispositions pathologiques; voilà pourquoi les déchirures de l'orifice externe sont si fréquentes aux premiers parts. Nous signalerons aussi le volume trop considérable de la tête, et surtout sa trop grande solidité, qui s'oppose à ce que cette partie cède elle-même en s'affaissant à la résistance qu'opposent les orifices utérins.

Mais de toutes les causes déterminantes de ces ruptures, il n'en est pas de plus fréquentes, nous le disons encore à regret, que les tentatives et les manœuvres obstétricales faites à contre-temps ou mal dirigées. Ainsi, dans les cas où les orifices ne sont pas suffisamment dilatés, et quand leurs bords mettent seuls, par leur résistance, obstacle à l'accouchement, la présence de la main ou des instrumens augmente nécessairement le volume de la partie fœtale engagée, et ajoute à la pression latérale qu'elle exerçait sur le col utérin; ou bien on provoque les mêmes résultats néfastes, lorsque l'on entraîne trop brusquement l'enfant avec le forceps, avant que la dilatation ne soit complète.

Dans tous les cas où la version de l'enfant est

indiquée, soit parce qu'il se présente en position vicieuse, ou bien quand il est urgent de précipiter la délivrance, comme dans les cas de procidence du cordon ombilical, d'implantation du placenta sur l'orifice utérin, de convulsions, etc., trop de précipitation pour forcer la dilatation des orifices, soit pour l'introduction de la main, soit pour l'extraction de l'enfant peut devenir également, dans ces cas, cause déterminante de rupture verticale du col utérin. M. le docteur Champion a recueilli l'observation d'un pareil accident provoqué par les manœuvres d'un chirurgien qui voulut dilater forcément le col de la matrice, lorsque le bras de l'enfant s'y était engagé au terme de sept mois de gestation. (*Dict. des Sc. méd.*)

50e OBSERVATION.

La nommée Vaug, femme forte, âgée de vingt-huit ans, déjà accouchée naturellement deux années auparavant, commença à souffrir le 21 avril 1817. Après trois jours d'un travail inutile, un accoucheur tenta à plusieurs reprises et sans succès l'application du forceps. Puis il alla à la recherche des pieds, non sans causer des douleurs effroyables. Après deux heures et demie d'efforts infructueux, il abandonna cette femme, qui fut transportée à la Maternité. Elle avait des douleurs continuelles dans le ventre, quoique les contractions utérines eussent cessé. En examinant l'abdomen, on trouva une tumeur sail-

lante, ovoïde, dure, tendue, régulière, élevée de trois pouces au-dessus de l'ombilic. Elle était due à l'utérus, et poussée en avant par le fœtus, qui se trouvait placé derrière cet organe. La vessie, distendue par l'urine, formait un autre relief au-dessus des pubis. Le doigt découvrit la tête du fœtus appuyée sur le détroit supérieur du bassin, la peau du crâne était tuméfiée et entourée par le bord épais de l'orifice utérin, mais incomplètement, car il semblait manquer en arrière et à gauche. La main, introduite dans le vagin, rencontra en effet, à ce côté gauche de l'utérus, une large déchirure, par laquelle le tronc (à l'exception des épaules) et les membres abdominaux avaient passé dans l'abdomen. On essaya d'aller saisir les pieds, mais alors on refoula l'enfant tout entier dans l'abdomen.... On abandonna alors la femme aux ressources de la nature. La malade jouissait de toute sa connaissance. Résignée au triste sort qui la menaçait, elle attendait impatiemment le moment fatal qui devait terminer ses souffrances.... Elle ne succomba qu'à deux heures du matin!!! A l'ouverture, l'enfant mort fut trouvé couché transversalement dans l'abdomen. L'utérus était élevé de six pouces au-dessus du pubis, ovalaire, ferme, d'un rouge vif. Il présentait, en arrière et en bas, une large déchirure longitudinale, inclinée vers le côté droit, tandis qu'on l'avait sentie à gauche lors de l'arrivée de la malade, ce qui dépendait évidemment de l'espèce de torsion que l'utérus

éprouve après sa viduité. Cette plaie, dont les bords étaient noirâtres et profondément ecchymosés, *commençait dans le vagin* deux pouces au-dessous de l'orifice utérin, traversait ce même orifice, et occupait environ quatre pouces de la substance de l'utérus. Le fond de cet organe contenait encore le placenta (Mme Lachapelle, t. III, p. 159).

Cette observation pourrait fournir matière à un grand nombre de remarques utiles pour la théorie, de réflexions pénibles sur la cause de l'accident et sur la conduite qu'on a tenue jusqu'à la fin. La préférence que l'on a cru devoir donner à la version me paraît avoir été mal conçue. La tête était encore au détroit supérieur; n'était-ce pas le cas de la saisir avec le forceps? L'obstacle à sa sortie était détruit par la rupture du col induré. En faisant comprimer l'abdomen par des aides pendant cette application, on eût empêché l'enfant de fuir dans sa cavité. Une fois échappé, n'était-il pas encore possible d'aller le chercher là, comme nous verrons qu'on l'avait déjà fait avec succès dans des cas analogues? La tuméfaction du cuir chevelu, lors de l'entrée de cette victime à la Maternité, pouvait indiquer que la vie n'était pas encore éteinte chez l'enfant. Peut-être on l'aurait sauvé, du moins on pouvait espérer de sauver la mère.....

Une autre observation, rapportée par le même auteur, présente quelque analogie avec la précédente, sous le rapport de l'influence funeste de ma-

nœuvres inconsidérées sur la production de la rupture. De pareils faits ne sauraient être trop rappelés pour servir d'avis aux praticiens.

51e OBSERVATION. — Même sujet.

Une femme petite et maigre, déjà accouchée spontanément, mais au terme de sept mois, d'un enfant qui n'a pas vécu, éprouve les douleurs de son second enfantement le 4 avril 1821. Rupture des membranes le 5 au matin. Dès l'après-midi, elle cesse de sentir les mouvemens de son enfant... Trois accoucheurs, après cinq heures de tentatives répétées et infructueuses pour appliquer le forceps ou opérer la version, firent transporter cette femme à la Maternité.... Fièvre, abdomen très-douloureux, saillant, mais régulièrement développé. Tête du fœtus tuméfiée et à peine engagée dans le détroit supérieur. Les bords de l'orifice utérin, qui était largement dilaté, ne pouvaient plus être touchés en arrière et à droite. Les contractions utérines se réveillèrent sans résultat. A quatre heures du matin, le forceps est appliqué : il glisse sur la tête.... Perforation du crâne, application du crochet.... Ces nouvelles manœuvres ont duré une heure.... Expulsion spontanée du placenta.... mort le 7 avril au matin....

A l'ouverture, on trouve de la sérosité sanguinolente et quelques caillots dans l'abdomen, et des traces de péritonite. Tout le pourtour du vagin est fortement ecchymosé; en haut et à droite il offre

une déchirure longitudinale qui envahit et l'orifice et toute la hauteur du col de l'utérus, et pénètre dans l'abdomen. Les bords en sont ecchymosés.

Je remarquerai dans ce fait, comme dans le précédent, la participation de l'extrémité utérine du vagin à la déchirure. Je n'ai pas besoin de démontrer que les violences exercées contre ces parties par les tentatives réitérées de l'application du forceps, ont été la cause du déchirement.

On a observé que les ruptures verticales du col utérin affectaient le plus ordinairement les parties latérales : quelques dispositions anatomiques rendent raison de cette élection de siége : 1° le col utérin, de forme à peu près cylindrique, est creusé par une cavité aplatie d'avant en arrière, ou transversalement, conséquemment les points du col correspondant aux commissures de cette cavité sont moins épais, partant ils offrent moins de résistance qu'antérieurement et postérieurement, là où les bords souvent saillans constituent ce que l'on nomme les lèvres du museau de tanche.

52e OBSERVATION.

Une femme de cinquante ans, brune et d'une forte constitution, affectée de chute de matrice, devint enceinte pour la troisième fois. Après les premières douleurs, les eaux s'évacuèrent, et la tête franchit les détroits et sortit de la vulve, toujours enveloppée de la matrice, dont l'orifice offrait à

peine la largeur d'un petit écu. On fit des tentatives inutiles pour réduire la matrice, dilater le col, et y introduire une branche du forceps. Cependant cette tumeur présenta bientôt des signes d'inflammation et des menaces de gangrène. L'enfant était mort; on perfora le crâne; on fit l'extraction des os de la tête. Peu d'instans après, et au moment où on s'y attendait le moins, le tronc fut brusquement expulsé par une contraction utérine. Mais il se fit une déchirure de deux pouces de profondeur à la commissure droite de l'orifice utérin (Pascal, *Bulletin de la Soc. méd. d'Émulat.*)

CHAPITRE II. — RÉSULTATS DES RUPTURES VERTICALES DU COL UTÉRIN.

ARTICLE PREMIER. — Résultats relatifs à la mère.

Lorsque les ruptures n'envahissent que l'orifice externe, comme dans les cas de scissures que nous avons indiqués, lors même que, s'étendant plus profondément vers le corps de la matrice, elles épargnent le péritoine et n'atteignent pas les artères utérines, elles ne présentent dans ces cas aucun danger immédiat. Il est probable que cet accident est très-commun, et qu'on ne le remarque pas à cause de l'innocuité de ses suites.

§ 1er. *Hémorrhagie.* Mais quand la division compromet les vaisseaux utérins qui se trouvent justement réfléchis sur les parties latérales où se font le

plus ordinairement ces ruptures verticales, une hémorrhagie plus ou moins inquiétante se manifeste. Peut-être un certain nombre des cas que l'on rapporte aux hémorrhagies utérines actives, et dans lesquels un sang rutilant est lancé comme à flots et par jets à travers la vulve, en même temps que la dureté du globe utérin indique qu'il n'existe pas d'inertie; peut-être, dis-je, que dans quelques uns de ces cas, ce phénomène, jusqu'à présent mal expliqué, provient de cette circonstance, savoir, de la déchirure des vaisseaux utérins, par suite de la rupture du col. On conçoit que si cette déchirure a commencé par l'orifice interne et s'est étendue vers le corps, l'orifice externe paraissant intact, peut tromper sur l'existence de cette rupture profonde et sur la source de l'hémorrhagie. Cette déchirure des vaisseaux peut avoir lieu sans que la déchirure pénètre jusqu'au péritoine.

53e OBSERV. — Rupture verticale du col utérin. Hémorrhagie mortelle.

Madame Lachapelle (*loc. cit.*, p. 163) donne l'observation d'une femme qui mourut en travail sans avoir été délivrée, et par suite d'une hémorrhagie abondante. Cette hémorrhagie provenait, dit l'auteur, d'une veine assez grosse, qui se trouvait en dehors de l'utérus, entre cet organe et le péritoine, qui n'avait été qu'éraillé, et offrait une ecchymose large et brunâtre. L'enfant était encore placé en travers dans la cavité utérine. La région

rupturée présentait un amincissement remarquable, contrastant avec l'épaisseur de trois quarts de pouce des autres parties des parois utérines.

54e OBSERV. — Rupture latérale de l'utérus. Délivrance naturelle et facile. Hémorrhagie mortelle.

Une femme de vingt-cinq ans, rapporte Guillemeau, offrant les préludes de l'accouchement, perdit du sang par la vulve, et se trouva mal vers les quatre à cinq heures du matin. Néanmoins elle se leva et fut à l'église. Au bout de trois jours, elle accoucha sans grandes douleurs; le placenta sortit bientôt spontanément. La femme périt le même jour. On trouva la matrice rompue, éclatée, fendue du côté gauche, avec rupture des artères et veines épigastriques (on a voulu dire *utérines*), d'où il était sorti une grande quantité de sang. (*Mém. de l'Acad. de Chir., Rech. sur l'opér. césar. P. M. Simon.*)

§ 2. *Phlegmasies. Abcès sous-péritonéaux à l'occasion de ruptures qui ont respecté le péritoine.* D'autres fois, les ruptures qui n'ont pas atteint le péritoine ni empêché la terminaison naturelle ou artificielle de l'accouchement, deviennent la cause d'inflammations, de suppurations, d'abcès sous-péritonéaux consécutifs.

55e OBSERV. — Rupture verticale du col utérin, s'étendant jusqu'au péritoine resté intact. Abcès. Mort (Mme Lachapelle, obs. no VIII).

Une femme bien constituée arriva au terme de sa

troisième grossesse. L'enfant présentait la tête. Après deux jours de travail, on pratiqua la version, qui se fit avec beaucoup de difficultés. Après l'accouchement, la mère éprouva un violent frisson. On s'assura que, depuis l'orifice interne jusqu'à l'externe, le col de l'utérus offrait à gauche et en arrière une profonde fissure, dont le fond était encore garni du péritoine, qui seul empêchait la communication entre les deux cavités utérine et abdominale. Après le frisson, une vive douleur se fit sentir dans le côté gauche du bassin et de l'abdomen. Les symptômes d'une péritonite se déclarèrent, et un écoulement de pus se fit par le vagin. L'orifice utérin avait repris six semaines après sa forme habituelle, et son étroitesse ne permettait pas de pénétrer bien avant dans l'intérieur du col. A cette époque, la péritonite avait disparu, mais une tumeur fort large occupait la fesse et la région lombaire gauche; on crut y sentir de la fluctuation; on y appliqua de la potasse. On fendit l'escarre, mais on n'arriva pas jusqu'au foyer. La malade, d'ailleurs phthisique, succomba un mois après.

Examen du cadavre. Péritoine et viscères abdominaux sains; derrière le rein gauche et le colon iliaque est un vaste foyer qui du diaphragme s'étend sur la fosse iliaque, et forme un conduit fistuleux garni d'une sorte de membrane muqueuse noirâtre, lequel, traversant le ligament large, s'ouvre dans le col de l'utérus, par une boutonnière de huit à dix

lignes de hauteur et occupant le côté gauche de cette cavité. Au-dessus du bassin, une large ouverture fait communiquer ce foyer avec un autre situé plus en arrière, qui s'étend depuis le milieu du dos jusque dans l'épaisseur de la fesse, et que recouvre une épaisseur d'un pouce environ.

Dans le fait suivant, l'abcès consécutif étant venu se manifester vers la région iliaque et sus-pubienne, put être atteint par le bistouri; la guérison eut lieu.

56e OBSERV. (*par l'auteur*). — Déchirure verticale du col pendant les manœuvres d'un accouchement laborieux. Abcès. Guérison.

Madame B..., âgée de seize ans et demi, d'une petite stature, à peine formée, mais brune et d'une constitution qui promettait d'être assez forte, arriva au terme de sa première grossesse en juin 1822. Les parties externes de la génération sont serrées et rigides, le col utérin épais et dur. Après trois jours de douleurs qui fatiguent cette dame au dernier point, la dilatation était parvenue à trois pouces de diamètre, les membranes venaient seulement de former poche et de se rompre. La tête, en seconde position, s'engageant dans l'orifice, plonge dans le détroit supérieur. Le bassin paraissait bien conformé. Cependant les bords de l'orifice utérin, quoique dilatés, étaient encore épais et durs; malgré la force des douleurs, les efforts de la femme et l'appui que je donnais à l'utérus en comprimant méthodiquement son fond à travers les parois abdominales, le syn-

ciput seul restait engagé, et les bosses pariétales semblaient comme accrochées au-dessus de l'orifice. On revint sur la saignée, le repos, les bains, les injections émollientes. Je fis des onctions sur le col avec de l'extrait de belladone. Inutiles précautions! l'utérus cesse de se contracter avec autant de vigueur. Madame B..., épuisée, et dans un état d'anxiété inexprimable, demande sa délivrance. J'appliquai le forceps. L'introduction des branches fut difficile, tant la tête de l'enfant était serrée par le col utérin. J'introduisis d'abord la branche femelle, par conséquent du côté droit. Je fis jouer lentement l'instrument, je lui imprimai une sorte de mouvement de bascule circulaire, afin de vaincre d'abord la résistance de l'orifice, et d'en préparer la dilatation. Après plusieurs tractions graduées sans résultat, tandis que j'en faisais une plus forte, aidée par un dernier effort de la mère, la tête fut brusquement entraînée et comme précipitée dans l'excavation du bassin. *Ah! vous m'arrachez!* s'écria en même temps madame B... Cependant le reste de la délivrance s'opéra sans difficultés. L'enfant, du sexe masculin, était apoplectique. Après dix à douze minutes de soins, il poussa le premier soupir râlant; il était sauvé.

Mme B..., d'un courage qu'avait ranimé sa délivrance, se plaignit peu des suites. Cependant une perte assez abondante avait immédiatement suivi la sortie de l'enfant; mais elle avait diminué après l'ex-

traction du placenta. Le troisième jour, des symptômes de métro-péritonite se déclarent: je m'y attendais. Trente sangsues appliquées aussitôt sur le bas-ventre enraient sa marche. Tout rentre dans l'ordre. Cependant la malade se plaignait d'une douleur continuelle, sourde, dans le bas-ventre, vers le côté droit et profond du bassin, là où elle avait senti une douleur déchirante au moment de la précipitation de la tête de l'enfant dans l'excavation pelvienne. La région iliaque correspondante restait sensible à la pression. Il y avait douze jours qu'elle était accouchée. Je touchai pour voir dans quel état était la matrice; je trouvai le col revenu sur lui-même, mais il présentait à droite un profond sillon qui s'étendait à toute la partie saillante dans le vagin, et qui s'arrêtait au niveau du fond du cul-de-sac vaginal. Cet organe avait donc été déchiré au niveau de la commissure droite, et en me reportant aux antécédens, je ne doutai pas que cet accident ne fût arrivé au moment où la tête de l'enfant s'était précipitée dans le bassin. Le seul obstacle à son avancement étant la rigidité du col, celui-ci une fois vaincu par la déchirure, l'enfant, tiré par le forceps, poussé par les contractions utérines, la compression abdominale, et les efforts de la mère, a brusquement cédé à tous ces efforts réunis. La douleur violente que Mme B... éprouva à l'instant, et qui lui arracha le cri *vous m'arrachez*, annonçait cette rupture. La douleur iliaque droite aug-

menta, elle s'étendit bientôt aux nerfs sacrés et de là au sciatique. Pour lors elle devint aiguë, violente, atroce. La cuisse se fléchit fortement sur le bassin, la jambe sur la cuisse. Fièvre lente, vomissemens fréquens, urines rares, peau sèche, amaigrissement extrême. Quarante-cinq jours après l'accouchement, la malade paraissait au dernier terme de son existence. En l'examinant avec attention, je trouvai par le toucher une fluctuation profonde et douteuse à droite du col utérin, à travers le cul-de-sac vaginal. Je sentis également de la tuméfaction au-dessus des pubis, à droite près et derrière l'épine iliaque inférieure, et remontant un peu vers la supérieure. En refoulant en cet endroit les parois abdominales pour lors peu épaisses, la fosse iliaque me parut assez fortement bombée : il y avait fluctuation. Je crus trouver un peu d'empâtement dans le tissu cellulaire sous-cutané, vers l'angle rentrant de l'iliaque et des pubis.

Dès lors je conçus la pensée de suivre cet indice pour pénétrer jusqu'au foyer, car je ne doutai pas que là ne se trouvât un dépôt considérable. Le cas était très-chanceux, moins pour l'opération que je méditais que parce que l'état général de la malade ne laissait que bien peu d'espoir. Je manifestai mes espérances et mes craintes à la famille, qui désira l'avis de M. Gardien. Après un examen attentif, cè célèbre accoucheur partagea entièrement mon opinion. Une tentative d'opération pouvait seule ou-

vrir quelque chance favorable. Après m'être assuré de la position de l'artère crurale, je plongeai un bistouri étroit à huit lignes environ en dehors de ce vaisseau, et en dirigeant la pointe de l'instrument obliquement vers la fosse iliaque et le détroit supérieur, le tranchant tourné en haut. Parvenu à six ou sept lignes, j'éprouvai la sensation ordinaire qu'on ressent quand l'instrument change de milieu; en tournant alors le bistouri un peu sur lui-même pour faire un jour entre la lame et les bords de la division, il s'échappa du pus, et je me hâtai d'agrandir l'ouverture en plongeant d'abord un peu plus, puis en retirant l'instrument. Un flot énorme de ce liquide eut bientôt inondé la couche de la malade. Je ne fis rien pour en favoriser l'évacuation complète; seulement je fis pencher le corps et le bassin un peu à droite. J'introduisis jusque dans le foyer une petite bandelette de linge effilé. L'ouverture fut recouverte d'une compresse fenêtrée et de charpie bien cardée. Dès ce moment, l'estomac qui, dans les derniers temps, ne pouvait rien supporter, conserve et appète le bouillon de poulet, une potion analeptique, etc. Je passe sur les détails des suites de cette opération, qui furent très-favorables. Les douleurs avaient cessé comme par enchantement; mais ce ne fut que trois mois après que la rétraction du membre avait entièrement disparu.

Cette dame vient d'accoucher très-facilement d'un gros garçon, après s'être reposée douze ans. L'échan-

crure que présente le col n'a pas peu contribué à faciliter cette fois la délivrance.

57e OBSERV. — Version; perforation du crâne. Rupture verticale de l'orifice interne au niveau de la duplicature du ligament large droit. Abcès dans l'épaisseur des muscles psoas-iliaques. Mort.

Le 4 février, Mme Lachapelle (pag. 177) assista à l'ouverture du cadavre d'une femme accouchée un mois auparavant. Le bassin, n'ayant que trois pouces d'avant en arrière à son détroit supérieur, avait nécessité la version et la perforation du crâne. Des douleurs vives dans le côté droit de l'abdomen avaient suivi l'accouchement; une péritonite s'était développée avec beaucoup de violence; cependant les accidens s'étaient calmés, et le vingtième jour de la couche, cette femme se levait et prenait des alimens, quand tout à coup se montrèrent de nouveau les frissons, la fièvre et les douleurs.

On trouva l'épiploon adhérant solidement au foie et à la fosse iliaque droite. Dans l'épaisseur du muscle psoas et iliaque de ce même côté jusqu'au-dessous du rein, on trouva un énorme abcès dont le pus était infiltré plutôt qu'amassé; ce foyer communiquait avec le côté droit de l'utérus par une large perforation, qui paraissait avoir séparé les deux lames du ligament large, à l'endroit où le col et le corps du viscère se réunissent; l'enfant, ayant présenté le vertex dans la deuxième position, la tête a été nécessairement refoulée, pendant la version, vers le côté droit du bassin.

Pourquoi, dans ce cas, a-t-on fait la version, puisque le défaut de rapport entre le volume de la tête et le diamètre du bassin devait tout aussi bien mettre obstacle à la sortie de cette partie, et nécessiter la perforation du crâne, qu'elle vînt en dernier ou en premier? Au lieu de fatiguer l'utérus par cette version, qui a peut-être déterminé la rupture, n'était-il pas plus convenable et plus rationnel d'opérer d'abord la perforation et d'appliquer le crochet? du moins n'aurait-on fait qu'une victime, sacrifice d'ailleurs évitable peut-être si on avait eu recours à la gastro-hystérotomie.

§ 2. *Hernie.* Une anse intestinale ou l'extrémité de l'épiploon peut s'engager dans le vagin à travers la rupture.

§ 3. *Résultats relatifs à l'enfant.* — A. *Terminaison naturelle de l'accouchement.* Comme la déchirure du col correspond aux parois du bassin supérieur, comme aussi l'effort qui l'a produite tend à pousser la tête du fœtus dans l'excavation, il arrive assez fréquemment que, alors même que le péritoine est entamé, le fœtus ne passe pas dans la cavité abdominale. La pression latérale a occasioné la déchirure; mais la tête qui l'a produite, continuant d'obéir au mouvement d'impulsion qui la pousse dans l'excavation du bassin, et d'autant plus facilement qu'alors l'obstacle qui s'opposait à sa sortie se trouve détruit par le fait de la rupture, il n'est donc pas étonnant de voir l'enfant conserver la position et

la place qu'il occupait, et sortir spontanément, malgré une rupture verticale plus ou moins longue et profonde.

B. *Passage dans l'abdomen du tronc, la tête restant engagée.* Mais d'autres fois la partie engagée dans le détroit supérieur, ou embrassée et étreinte par le col ou les orifices de l'utérus restant seule en position, le reste du fœtus est poussé à travers la crevasse par la rétraction active de l'utérus.

On conçoit dès lors comment il se fait que, tandis que la tête de l'enfant ayant produit la déchirure, et paraissant ainsi devoir s'y engager la première, c'est au contraire le plus souvent l'extrémité opposée qui la franchit. Et en effet, on a remarqué que, quand à la suite d'une déchirure du col utérin, l'enfant est passé tout entier dans l'abdomen, on l'y trouva placé de manière à faire penser qu'il y avait pénétré par les pieds, bien qu'on se fût assuré que c'était la tête qui occupait le col utérin pendant le travail et au moment de l'accident. D'autres fois tout le tronc passe dans l'abdomen jusqu'aux aisselles ou jusqu'au col, tandis que la tête est retenue dans les voies naturelles, étranglée qu'elle se trouve alors par le rétrécissement de la crevasse.

Or voici comment s'opère ce phénomène, qui n'est pas du reste propre aux cas de ruptures verticales, mais qui a également lieu dans les ruptures transversales, soit du col, soit de la région péri-utérine du vagin.

La tête de l'enfant se trouve-t-elle en partie engagée dans le détroit supérieur, ou bloque-t-elle cette ouverture, contre laquelle sont venus se briser les efforts d'expulsion? Les contractions utérines, en se réveillant après un intervalle de temps plus ou moins éloigné du moment de l'événement, ont d'abord pour résultat immédiat d'agrandir la déchirure, en opérant le retrait des parois de l'organe. Elles refoulent le corps du fœtus, qui se trouve seul alors dans leur sphère d'action, vers la déchirure qui offre alors le moins de résistance. En même temps la matrice, en revenant sur elle-même, en se rétractant, abandonne pour ainsi dire les parties encore enfermées dans sa cavité.

C. *Passage de l'enfant dans la cavité abdominale sans lésion du péritoine, qui sert comme d'enveloppe extra-utérine aux corps échappés.* Le siége de la rupture verticale sur les parties latérales du col et du corps de la matrice rend raison d'un fait récemment publié, dans lequel l'enfant, expulsé de l'utérus par la déchirure, fut trouvé, non dans la cavité du péritoine, mais entre l'utérus et cette membrane, qui était restée intacte et lui servait d'enveloppe.

Ici, en effet, la rupture se trouve correspondre aux ligamens larges, au niveau de la duplicature péritonéale qui les constitue. L'enfant peut donc s'interposer entre leurs feuillets, résultat d'autant plus facile que, à mesure qu'il quitte l'utérus, cet organe abandonne, en se rétractant, les tuniques séreu-

ses que lui fournissaient les ligamens larges dans son ampliation. Ceux-ci acquièrent donc assez de développement pour recevoir et admettre leur nouvel hôte.

Voici ce fait recueilli par le docteur Thomas Radfort, et traduit dans le n° de juin 1833, pag. 486, de la *Revue médicale*.

58e OBSERVATION. — Rupture de l'utérus sans déchirure du péritoine.

Hannah Speed, âgée de trente-neuf ans, d'une complexion délicate, est enceinte pour la neuvième fois. La grossesse est exempte d'accidens. Les douleurs de l'accouchement ayant commencé, et les eaux s'étant écoulées de bonne heure, une sage-femme pratique le toucher, et ne peut sentir la dilatation du col. Le lendemain soir à 9 heures, les douleurs paraissaient fortes; on les attribua plutôt à des efforts volontaires qu'à des contractions de l'utérus. Le col était encore dans le même état, le ventre proéminent, les extrémités froides. Malgré les conseils qu'on lui donna, cette femme s'agitait sur son lit et se tint le plus souvent sur les genoux. A 11 heures du soir, le toucher fit reconnaître une dilatation commençante du col et l'engagement de la tête. A minuit et demi vomissement et refroidissement de la peau; respiration difficile; mort.

Le chirurgien Thomas Radford avait été appelé; il arriva trop tard, et apprit que la malade, au milieu de ses gémissemens, n'avait pas poussé d'exclamation soudaine. Il sentit, par le toucher, la tête

de l'enfant, et le col dilaté de la largeur d'un dollar. Aucune hémorrhagie externe n'avait eu lieu. Plaçant sa main sur l'abdomen, il fut étonné de sentir deux tumeurs parallèles entre elles, et séparées par une dépression évidente.

Autopsie, 21 heures après la mort.

Etat extérieur exsangue, comme si la mort eût été le résultat d'une abondante hémorrhagie.

L'abdomen est sain; le péritoine ne contient pas de liquide; l'utérus formait la tumeur gauche qu'on avait reconnue à travers les parois du bas-ventre; le corps de l'enfant, couvert par le péritoine, formait la tumeur droite. Examinant avec plus d'attention, on ne put trouver la plus petite déchirure au péritoine, qui recouvrait le fœtus. Une incision étant faite, le corps de l'enfant fut mis à nu : la matrice était rompue *longitudinalement du col à la base.* La tête de l'enfant, engagée avec tant de peine, était d'un volume énorme, et affectée d'hydrocéphalie. L'utérus n'était pas beaucoup contracté; les bords de la rupture inégalement découpés : aucune apparence de gangrène. Trois ou quatre onces de sang coagulé dans la cavité de la matrice. Le placenta, situé au côté gauche de l'utérus, lui était adhérent; le bassin avait ses dimensions normales; la vessie était intacte.

Le docteur Radfort dit avoir observé un autre cas de rupture de la matrice sans déchirure du péritoine.

Les ruptures verticales du col de l'utérus, par

cela même qu'elles sont le plus ordinairement le résultat de violences exercées sur cette partie par les mains ou les instrumens, sont les plus fréquentes de celles qui arrivent pendant l'accouchement. Il paraît même que Levret n'a observé que de celles-là, puisqu'il professe que c'est toujours verticalement que l'enfant déchire la matrice.

ARTICLE III. Signes.

Les signes primitifs immédiats sont les mêmes que pour les ruptures des corps de l'utérus, hors la différence de siége. Ainsi, 1° la douleur vive, déchirante que la malade ressent durant un violent effort d'expulsion, et qui lui arrache un cri aigu ou quelque exclamation, comme *vous m'arrachez! vous me déchirez les entrailles! mon ventre s'ouvre!* etc. Lorsque la déchirure est survenue à la suite ou à l'occasion du ramollissement du col par l'inflammation ou la meurtrissure, elle s'opère sans douleurs, ce qu'il est essentiel de remarquer dans l'énumération des signes diagnostiques. 2° La précipitation brusque de la tête, qui jusque-là semblait insurmontablement retenue par l'orifice, dont les bords avaient été trouvés rigides, résistans. 3° Le doigt promené autour de la tête, si elle bloque encore le détroit supérieur, sent une brusque interruption des bords de l'orifice utérin, qui embrasse et cerne cette partie, excepté à l'endroit de la

déchirure. Une anse intestinale peut s'être échappée, s'engager entre la tête et la paroi vaginale correspondante, et se présenter, dans ce dernier canal, au doigt explorateur.

Lorsque l'enfant est passé en partie dans la cavité abdominale, la déformation du ventre et les autres signes y relatifs, et qui sont les mêmes que ceux produits en pareille circonstance par la rupture du corps de l'utérus, viennent ajouter aux phénomènes précédens de nouveaux signes. Ils servent seuls parfois à éclairer le diagnostique, par exemple lorsque la déchirure, ayant été produite sur l'orifice interne, s'est étendue plus du côté du corps utérin, et a respecté l'orifice externe. Dans ce cas, en effet, le toucher ne peut fournir de renseignemens.

Quand le passage de l'enfant est complet, le diagnostique ne laisse plus de doute; on ne sent plus l'enfant au col ni dans la cavité utérine, et le toucher a bientôt découvert la voie accidentelle par laquelle il s'est échappé.

Les autres signes résultant de la présence du fœtus dans la cavité abdominale viennent enfin corroborer le diagnostique, qui, comme on le voit, doit être en général beaucoup plus facile pour les ruptures verticales du col que pour celle du corps de l'utérus.

Nous signalerons, d'après M. Velpeau, comme signe des ruptures du col de l'utérus, le ballonnement considérable du ventre, résultant de la pénétration, dans sa cavité, de l'air qui dénature

promptement les fluides avec lesquels il est en contact.

TROISIÈME DIVISION.

RUPTURES TRANSVERSALES DU COL ET DU SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS.

CHAPITRE Ier. — MÉCANISMES ET CAUSES.

Ces ruptures supposent qu'il existe des obstacles à la dilatation du col et à l'engagement vertical de l'enfant à travers ses orifices. Quelle que soit la nature de ces obstacles, le col utérin qui les présente se trouve refoulé en en bas par la tête de l'enfant, tandis que les contractions énergiques du corps de la matrice tendent à le tirer en en haut. Il résulte de là que les points intermédiaires à la résistance cervico-utérine et à l'action contractile du corps de l'organe, c'est-à-dire les parois du col ou le lien de leur jonction avec le corps, se trouvent soumis à une traction d'où peut résulter la rupture, qui, d'après la direction des puissances qui la produisent, doit être nécessairement transversale, avec plus ou moins d'obliquité. On a vu de cette manière le segment inférieur de la matrice être en grande partie ou même complètement séparé de son corps, de manière que la tête de l'enfant entraînait avec elle le

col utérin, dont elle était comme coiffée. On en trouve un exemple dans le fait de Scott, rapporté par M. Merriman (*Synopsis*, ou *Difficult. parturit.*, etc., pag. 266).

La résistance qu'oppose le col utérin à l'engagement de l'enfant poussé par d'énergiques contractions utérines, est donc la condition essentielle des ruptures transversales de cette région. On pourrait désigner ces conditions sous le nom de *causes déterminantes passives*, pour les distinguer des causes déterminantes proprement dites, auxquelles se rattache plus spécialement l'épithète d'actives.

§ 1er. *Causes déterminantes passives.* — A. *L'induration et la rigidité du col utérin, soit naturelle, soit résultant d'anciennes cicatrices ou d'un état pathologique, comme un engorgement squirrheux.* Les *Archives de Médecine* (décemb. 1823) donnent le fait d'une rupture du col utérin au-dessus du squirrhe dont il était affecté, ce qui apportait obstacle à l'accouchement. Le rectum participa à la rupture, et l'accouchement s'opéra par l'anus. La femme guérit.

B. *L'occlusion des orifices* par simple agglutination, ou par réunion complète de ses bords, offre souvent un obstacle analogue à l'accouchement, et peut ainsi prédisposer à la rupture transversale du col ou du segment inférieur de l'utérus.

C. *Déviation du col* par suite de l'obliquité naturelle de l'utérus, qui porte le museau de tanche en

arrière et en haut. Tous les efforts d'expulsion pèsent alors sur la paroi antérieure du col refoulé dans le bassin, et cette disposition prélude également aux mêmes ruptures. De plus, elle peut résulter directement de la pression de la tête, qui s'ouvre ainsi une voie accidentelle pour sa sortie.

59e OBSERV. — Rupture transversale du col de l'utérus, par suite de la direction des efforts utérin contre la paroi antérieure du col.

Une femme à terme éprouva les douleurs de l'enfantement; mais elles ne portaient pas sur l'orifice de l'organe utérin, qui était dévié; elles se dirigeaient vers les os pubis. Soif ardente, pouls vif, grand et dur; vomissemens de matières jaunes noirâtres : mort au bout de 24 heures, au milieu d'une syncope.

Le placenta et presque tout le fœtus étaient passés dans le bas-ventre : il n'était resté dans la matrice que la moitié de la tête, qui se trouvait appliquée sur les pubis. Il n'y avait aucun vice de configuration du bassin. La matrice, très-épaisse à son corps, avait à peine deux lignes d'épaisseur en avant et inférieurement, là où se trouvait la déchirure. L'orifice externe était très-épais et très-dur. (*Dissert. méd. chir.* par Muller, insérée dans la *Collection des Thèses de Haller*, t. II, p. 128, édit. française.)

N'est-il pas probable que la rupture a été ici le résultat de l'extension forcée à laquelle a été soumise la paroi antérieure du col ou du segment inférieur de l'utérus, entre l'orifice dur et résistant et

les parois utérines en contraction? La pression directe de la tête du fœtus y a aussi contribué.

Je ferai observer que le siége précis de l'obstacle qui prélude à la rupture doit influer sur le point du segment cervical de l'utérus qu'elle attaque, et sur la direction qu'elle affecte. Ainsi, y a-t-il déviation en arrière de l'orifice utérin, la rupture s'opérera aux dépens de la paroi antérieure du col, la séparera seule, en totalité ou en partie, de la matrice, ou elle pourra s'étendre jusqu'aux parois vaginales. Elle sera donc plus ou moins oblique.

Elle se fera entre le corps et le col, quand celui-ci sera altéré dans sa totalité. Si l'obstacle dépend de l'occlusion de l'orifice externe, la rupture pourra se faire aux parois même du col.

§ 2. *Causes déterminantes actives.* — A. *Contractions utérines.* C'est à elles seules que sont dues le plus ordinairement les ruptures transversales du col utérin. Elles seules ont souvent éludé la résistance qu'opposait cette région, en en déterminant la rupture transversale. Plus elles sont énergiques, plus cet événement devient imminent. Aussi est-ce avec raison, selon nous, que M. Malgaigne (1) attribue à l'action du seigle ergoté le cas de rupture qu'il a observé, et qui s'était faite en avant, à l'union du col avec le corps de l'utérus, à la suite de l'emploi de cette substance.

(1) *Gazette médicale*, 1832, p. 60.

B. *Redressement brusque du corps, renversement du tronc en arrière, contraction des muscles droits de l'abdomen.* Tous ces actes sont involontairement produits par des efforts de vomissemens, des convulsions, ou ils sont volontairement et brusquement exécutés par la femme, dans l'intention instinctive ou raisonnée d'écarter du bassin le sentiment de gêne et de douleur qu'y détermine la présence de la tête du fœtus, qui presse en vain sur le col résistant.

Tous ces efforts ont pour résultat immédiat de redresser la matrice, naturellement inclinée en avant; de rapprocher son fond de la colonne vertébrale. S'ils ont lieu lorsque la tête de l'enfant plonge dans le bassin, encore coiffée par le col point ou incomplètement dilaté, cette partie retenue, appliquée contre le détroit supérieur, ne pourra pas obéir à ce mouvement de bascule, qui, portant sur le corps utérin seul, provoquera une distension violente à la partie antérieure de l'union du col avec le corps utérin.

C. *Compression des parois abdominales.* Portée sur le corps de l'utérus de manière à redresser cet organe, elle agit de même que les contractions violentes des parois abdominales, et peut produire les mêmes résultats rupturans dans les mêmes régions.

60e OBSERV. — Rupture de la partie antérieure de la région cervico-utérine par suite de compression abdominale mal dirigée.

Crantz a donné l'observation d'une femme qui

mourut après avoir éprouvé des douleurs insupportables au-dessus des pubis, des vomissemens et des faiblesses. A l'ouverture du cadavre on trouva la matrice ouverte transversalement dans le point où elle avoisine la vessie et les pubis, et près de l'endroit où le vagin s'unit au museau de tanche. Crantz attribue cette rupture à une compression peu méthodique des parois du ventre, faite par la sage-femme.

On conçoit facilement comment la rupture a été produite dans ce cas, et nous ne voyons pas pourquoi M. Deneux décline à la compression la responsabilité de cet accident. Il est vrai qu'il y a malentendu. Ainsi, ce savant accoucheur paraît croire que Crantz attribue la rupture à l'action directe de la compression que la sage-femme aurait exercée sur la partie inférieure du bas-ventre, justement sur le point correspondant à la solution. Non, sans doute, on ne concevrait pas la possibilité d'une rupture ainsi produite par une compression directe; mais est-ce bien ainsi que Crantz l'a entendu? Son silence à ce sujet laisse au moins un libre champ aux interprétations. Celle que nous donnons en regardant cette rupture comme indirectement produite par le redressement forcé du corps de l'utérus, réhabilite la pensée de Crantz injustement combattue par M. Deneux.

D. Le forceps, par la mauvaise direction imprimée à ses branches, que l'on pousserait contre les parois du col, surtout dans les cas où l'orifice interne

serait resserré, peut occasioner une crevasse transversale dans les parois même du col utérin.

E. Le refoulement de l'enfant par les tentatives faites pour changer la position ou pour appliquer les instrumens, en augmentant la distension à laquelle le col est déjà soumis, peut en provoquer la rupture, qui n'était jusque-là qu'imminente. Il ne faudrait pas un grand effort d'interprétation pour attribuer à ces causes bon nombre des ruptures transversales du segment inférieur de l'utérus, dont les archives de l'art retracent l'histoire.

F. On a prétendu que le col utérin pouvait être coupé par la pression que cette partie éprouverait entre la tête de l'enfant et le rebord osseux et tranchant du détroit supérieur.

61e OBSERV. — **Prétendue section du col de l'utérus par les bords tranchans du détroit supérieur.**

Une femme éprouvait depuis douze heures des douleurs pour accoucher. L'enfant présentait les fesses. L'orifice de la matrice n'était pas encore complètement dilaté, lorsque toute la partie antérieure du col de ce viscère se sépara d'un côté à l'autre. Aussitôt le fœtus passa dans la cavité du ventre. On en fit l'extraction, avec beaucoup de difficulté, en moins de deux heures : il était mort. La mère succomba elle-même cinq heures après avoir été délivrée. On trouva que le bassin était un peu étroit; la pointe de l'os sacrum passait à travers la partie

postérieure de la matrice (était-ce l'angle sacro-vertébral?); *le bord interne et saillant du pubis et de l'os des iles ressemblait en quelque sorte au tranchant d'un couteau d'ivoire, et avait coupé toute l'épaisseur de la matrice, comme si elle eût été étranglée par une ligature.....*

Je fais grâce à mes lecteurs des réflexions que cette observation engendre. J'en prendrai seulement occasion de demander si, dans les cas de destruction des tissus mous par compression, les os du bassin ne pourraient pas être mis à nu. C'est une circonstance qui paraît avoir échappé à tous les observateurs, et sur laquelle je crois important d'appeler les recherches de mes confrères.

§. 3. *Causes prédisposantes.* Les ruptures transversales du col et du segment inférieur de l'utérus ont quelquefois été produites sous la seule influence des conditions et des causes déterminantes qui viennent d'être décrites; mais le plus souvent il existe quelques circonstances susceptibles de favoriser l'influence de ces conditions, l'action de ces causes. Elles constituent dès lors les causes prédisposantes de cet accident. Toutes résultent de la diminution ou de la perte de la résistance organique des parois du segment inférieur et de la cavité du col de l'utérus.

a. Ainsi, l'amincissement extrême de cette région, soit naturel, soit produit par la présence d'une tête volumineuse, sans dilatation des orifices;

b. L'existence d'ulcérations syphilitiques ou autres, ayant détruit une épaisseur plus ou moins considérable de tissu.

c. Mais de toutes les circonstances prédisposantes, il n'en est pas de plus ordinaire que la meurtrissure, l'attrition, le ramollissement phlegmasique ou sphacéleux du col de l'utérus, résultant d'un travail laborieux et prolongé pendant lequel cette région a été violemment comprimée entre la tète de l'enfant et la marge du détroit supérieur. Les parties ainsi altérées menacent de se rompre sous des efforts qui, autrement, ne suffisent ordinairement pas, malgré leur énergie et leur violence, pour déterminer la rupture. Les histoires particulières de ce genre de rupture prouvent qu'elle n'est survenue, dans la plupart des cas, qu'après un travail long et difficile. Peut-être a-t-elle été quelquefois provoquée par des efforts d'expulsion intempestifs et surtout prématurés, poussant violemment contre le détroit supérieur le fœtus coiffé du col, dont les orifices n'étaient pas encore suffisamment dilatés.

Comme cette compression porte principalement sur le pubis et surtout sur l'angle sacro-vertébral, c'est aussi à la partie antérieure, et surtout à la partie postérieure du col, que s'opèrent le plus ordinairement les ruptures consécutives à cette fâcheuse prédisposition. Si on réfléchit que c'est aussi dans ce même sens que sont portés d'abord les instrumens obstétricaux, on appliquera plus spé-

cialement à ce genre de rupture ce que Mme Lachapelle dit des ruptures du col en général, que la partie postérieure de cette région y est la plus exposée : A. Leroy, qui a vu cette rupture immédiatement au-dessus du col, sur une cardeuse de matelas, dit que c'est la partie inférieure gauche de l'utérus qui en est le plus souvent affectée (1).

Dans le fait observé par V. D. Wiel et Solingen, l'ouverture se trouve un peu au-dessus du col (2). Nous rappellerons aussi les observations recueillies par MM. Blundell (3), Powel, Mareno, Chevreul.

CHAPITRE II. — RÉSULTATS DES RUPTURES TRANSVERSALES DU COL DE L'UTÉRUS.

ARTICLE PREMIER. Relativement à l'enfant.

§ 1er. *Délivrance naturelle.* Lorsque la rupture détruit ou élude l'obstacle qui s'opposait au passage de l'enfant, l'accouchement peut se terminer par les voies naturelles, par exemple dans les cas où la déviation des orifices en arrière aurait préludé à la rupture de la paroi antérieure du col utérin, ou lorsque tout le col, séparé du corps de l'utérus par la rupture, se trouve entraîné avec la tête de l'enfant, qu'il coiffe. Quelquefois c'est par le rectum et l'anus que l'enfant s'ouvre une voie, comme dans le fait cité plus haut, et fourni par William Gaits-

(1) *Hist. de la Grossesse*, p. 241.
(2) *Obs. rariar.*, vol. I, p. 284.
(3) *The Lancet*, 1828.

kell (*London méd. phys*, *march.* 1833), et dans celui recueilli par Harrisson. (*Rev. med.*, 1825. t. II, p. 304.)

§ 2. *Rétention de l'enfant dans la place qu'il occupait au moment de la rupture.* Lorsque la tête est engagée ou bloquée au détroit supérieur, la rupture, quels que soient son siége, sa direction et son étendue, n'entraîne pas essentiellement de changement dans la position et la situation qu'avait l'enfant au moment de l'événement; à plus forte raison si l'ouverture correspond à ce détroit, ou aux fosses iliaques, ou aux vertèbres, cas dans lesquels la crevasse se trouve comme masquée par ces parties osseuses.

§ 3. *Chute incomplète de l'enfant dans l'abdomen.* D'autres fois l'enfant passe en partie dans l'abdomen, et, par cela même que la tête reste engagée ou fixée au détroit supérieur, ce sont le tronc et les extrémités inférieures qui se trouvent repoussés dans l'abdomen, de la même manière que cela a lieu dans quelques cas de ruptures verticales du col (p. 194).

§ 4. *Chute complète de l'enfant.* Elle peut dépendre de la continuation des contractions utérines et des efforts d'expulsion; mais nous pensons que ce résultat n'est pas moins souvent le résultat du refoulement de l'enfant, opéré par les tentatives faites pour terminer l'accouchement avec les mains ou par les instrumens.

ARTICLE II. Résultats relatifs à la mère.

§ 1er. *Hémorrhagie.* Le siége ordinaire de ces

ruptures, soit en avant, soit en arrière, dit pourquoi l'hémorrhagie avec ou sans épanchement n'est pas toujours inquiétante. Elles s'opèrent en effet alors entre les troncs des artères utérines, qui remontent sur les parties latérales de l'organe. On remarquera aussi la compression et l'amincissement consécutif qui ont effacé les vaisseaux du tissu utérin à l'endroit de la rupture; on remarquera également l'éloignement des points d'insertion placentaire. Nous noterons enfin la permanence de la compression de la partie rupturée, entre la tête de l'enfant et les surfaces osseuses pelviennes et vertébrales.

Dans celles de ces ruptures qui établissent une communication accidentelle entre l'utérus et le vagin ou le rectum, le sang s'échappe souvent au dehors. Le siége en général peu élevé de la division permet au sang de s'écouler plus facilement par les voies naturelles que de s'épancher dans l'abdomen.

L'hémorrhagie est nulle lorsque la rupture a succédé à l'attrition, à la meurtrissure du col.

§ 2. *Hernie intestinale et épiploïque.* Elle peut avoir lieu quand la rupture établit une communication entre la cavité abdominale et le vagin.

§ 3. *Fistules utéro-vésicales.*

62e OBSERVATION.

Mme Lachapelle rapporte qu'une femme qui, accouchée naturellement trois jours après avoir perdu ses eaux, offrit au bout de huit jours les signes

d'une communication entre la vessie et le col de l'utérus, communication qui devint fistuleuse. (T. III, p. 405.)

Une communication analogue fut trouvée à l'ouverture d'une femme rachitique, morte trois jours après un accouchement à sec, pendant lequel des signes de rupture s'étaient manifestés. La tête de l'enfant avait fui sous le forceps, ce qui avait nécessité la version. (*Ibid.*)

D'après les rapports qui existent entre le col de l'utérus et la vessie d'un côté et le rectum de l'autre, il est étonnant que les fistules utéro-vésicales ou rectales ne soient pas plus communes; car ce sont principalement ces régions qui se trouvent soumises aux pressions de la part de la tête de l'enfant dans les accouchemens longs et laborieux. Elles sont donc exposées à des meurtrissures sphacéleuses qui prédisposent à ce genre d'accident.

CHAPITRE III. — SIGNES DES RUPTURES TRANSVERSALES DU COL UTÉRIN.

A moins que ces ruptures ne communiquent avec le vagin ou le rectum, cas dans lesquels on peut les reconnaître au moyen du toucher vaginal et rectal, ces ruptures n'ont pas d'autres signes spéciaux que le siége de la douleur qui accompagne sa production. Lorsqu'elles ont lieu, alors que les orifices ont acquis un certain degré de dilatation, le doigt peut encore y atteindre et les reconnaître.

La présence d'une anse intestinale, phénomène qui appartient surtout aux ruptures du cul-de-sac vaginal, pourrait aussi se présenter dans ces cas et servir à éclairer le diagnostique. Autrement on n'a pas d'autres signes, pour éclairer le diagnostique, que ceux présentés par les ruptures du corps de la matrice et verticales du col.

Quelquefois des lambeaux de l'orifice utérin déchiré par le forceps, pendent et ne tiennent plus au reste du col que par un pédicule plus ou moins large. M. Velpeau en a vu trois exemples. J'en ai rencontré un, dans lequel toute la lèvre antérieure était détachée comme par une boutonnière, de sorte qu'au premier abord il semblait que le museau de tanche eût deux ouvertures.

CHAPITRE IV. — TRAITEMENT.

Comme les accidens consécutifs sont les mêmes, quel que soit le siége de la rupture au corps de l'utérus ou au col, ou à la partie supérieure du vagin, comme aussi les traitemens que réclament cet accident et ses suites, sont aussi fondés, dans tous ces cas, sur des indications analogues et reposent sur l'emploi des mêmes moyens, nous consacrerons à l'exposé de ces sujets un article spécial qui trouvera plus naturellement sa place après l'histoire des ruptures de la région supérieure du canal vaginal.

QUATRIÈME SECTION.

RUPTURES DU VAGIN.

Ces ruptures présentent des différences tranchées selon qu'elles affectent l'extrémité supérieure du vagin, le corps de ce canal, sa région inférieure ou ano-périnéale, et enfin la vulve.

PREMIÈRE DIVISION.

RUPTURES DE LA RÉGION PÉRI-UTÉRINE DU VAGIN.

Nous avons noté dans les observations de ruptures verticales du col utérin, la participation obligée de la région limitrophe du vagin. Les ruptures transversales comprennent aussi fréquemment le col et le vagin simultanément.

Ces raisons seraient déjà suffisantes pour rapprocher l'histoire des ruptures vaginales péri-utérines, de celles du col utérin, si elles ne présentaient pas d'ailleurs une certaine confraternité de caractères sous le rapport du mécanisme, des résultats, et surtout des indications thérapeutiques. Aussi a-t-on long-temps confondu ces ruptures du vagin avec celles du col de l'utérus.

CHAPITRE I[er] — MÉCANISME ET CAUSES.

Les ruptures péri-utérines du vagin sont, comme les transversales du col, produites par traction ou par pression directe. Celles par traction résultent des contractions utérines, du refoulement de la matrice par des tentatives de délivrance ou de déplacement de l'enfant, ou par tout acte des parois abdominales ou tout mouvement du tronc ayant pour effet de redresser, de remonter la matrice.

Ces ruptures, dont on prévoit déjà le mécanisme analogue à celui des ruptures transversales du col utérin, supposent en général que celui-ci, largement dilaté, n'oppose au passage de l'enfant aucun obstacle, mais qu'il en existe soit à son engagement dans le bassin, soit à son passage à travers le vagin.

Or, voici ce qui se passe. La tête de l'enfant étant bloquée sur le détroit supérieur, ou plus ou moins engagée et retenue dans l'excavation pelvienne, la matrice continuant de se contracter, se retire pour ainsi dire de l'enfant. Les bords de l'orifice utérin, attirés vers le fond de l'organe, remontent donc et abandonnent graduellement et quelquefois complètement la tête engagée. Il en résulte conséquemment que le vagin se trouve soumis à une traction active, proportionnée à l'énergie des contractions utérines, et que, n'opposant qu'une résistance passive progressivement affaiblie par la distension, il finit par céder en se rompant;

si la tête de l'enfant est fortement bloquée, elle comprime et retient le vagin au niveau du détroit supérieur, le champ d'extension de ce canal se trouve borné, et par conséquent elle est plus tôt vaincue. Ou bien cette compression, en affaiblissant les points qui la supportent par la meurtrissure, l'inflammation, le sphacèle, les rend ainsi susceptibles de céder plus facilement aux efforts subséquens.

Quant aux ruptures indirectes, il est d'observation qu'elles affectent plus spécialement l'endroit où le vagin s'unit au col de l'utérus; c'est en effet là que les parois du canal vaginal offrent le moins d'épaisseur et partant moins de résistance. Nous ajouterons que ce lieu se trouve ordinairement aussi le point centralement placé entre la puissance et la résistance, par conséquent celui sur lequel portent le plus les violences rupturantes.

C'est surtout à ces ruptures qu'il faut rattacher les particularités remarquables que Crantz indique comme signes précurseurs des ruptures utérines qui arrivent pendant la parturition.

« Quand une femme, dit-il, est menacée d'une rupture de la matrice dans un accouchement laborieux, elle a le ventre fort élevé et tendu, le vagin retiré et l'orifice de la matrice très-haut; les douleurs sont fortes, laissent peu d'intervalle et sont sans effet. » On ne peut donner un tableau plus pittoresque et plus vrai des phénomènes précurseurs des ruptures du fond du vagin.

Une fois commencées, ces ruptures peuvent, par la continuation ou le renouvellement des contractions utérines, séparer presque entièrement l'utérus du vagin. M. Velpeau dit l'avoir rencontré deux fois. (*Tocologie*, 2e édit. t. II, pag. 194.)

M. Barbaut cite deux cas semblables (*Cours d'accouchemens*, t. II, pag. 30); enfin un autre est indiqué par Roberton. (*Synop. of difficult. parturit.* pag. 266.)

ARTICLE PREMIER. Causes déterminantes.

On concevra maintenant comment le redressement de l'utérus, par des efforts mal dirigés, comme quand la femme *remonte son ventre* par le renversement brusque du tronc en arrière, par des vomissemens ou des convulsions, peut déterminer une rupture vaginale qui n'était qu'imminente. La compression abdominale, dirigée de manière à redresser la matrice lorsque la dilatation des orifices est complète, peut provoquer de la même manière la rupture du vagin. Il en est de même du refoulement de l'enfant, acte qui a pour effet d'ajouter à l'état de tension qu'éprouve déjà ce canal, et ce n'est pas là une des causes les moins communes de ce genre de ruptures.

Enfin, nous signalerons comme cause l'introduction mal conçue, mal dirigée des cuillers du forceps. Si on les applique avant que l'orifice utérin ne

soit complètement effacé, on s'expose, faute d'attention suffisante, à engager l'extrémité des cuillers dans le sillon qui existe entre les bords de cet orifice et le vagin; et, pour peu que l'on force, dans l'idée que l'instrument est arrivé dans la matrice, et que l'obstacle provient de l'enclouure de la tête de l'enfant au détroit pelvien, on s'expose à perforer ce cul-de-sac vaginal et à faire pénétrer l'instrument dans la cavité abdominale. Nous aurons occasion d'en citer un exemple d'après M. le professeur Roux.

Dans les deux cas observés par M. Velpeau, et dans lesquels la rupture avait séparé presque complètement l'utérus du vagin, cet accident avait été produit par de violentes manœuvres avec le forceps ou avec la main. (*Tocologie*, t. II, p. 194.)

ARTICLE II. Causes prédisposantes.

Je signalerai l'affaiblissement des parois vaginales par la distension, par des ulcérations dont elles sont si fréquemment le siége, par les meurtrissures, suites d'un travail expulsif prolongé.

J'arrêterai principalement l'attention sur la nature des obstacles qui, s'opposant à l'expulsion extra-utérine de l'enfant, exposent le vagin à être rompu.

Ces obstacles viennent, les uns de l'enfant, les autres d'états anormaux des voies vaginales et pelviennes qu'il doit franchir.

§ 1er. *Causes provenant de l'enfant.* Toute disproportion entre le volume de l'enfant ou de la

partie qu'il présente, et les diamètres du bassin, prédispose aux ruptures vaginales. Ainsi, une position vicieuse, les présentations de la face, une tête volumineuse ou hydrocéphalique, etc.

63e OBSERVATION.

Mme Lacour, rue Saint-Méry, n° 11, d'une petite stature et d'une faible complexion, âgée de vingt-six ans, était parvenue au terme de sa troisième grossesse (18 janvier 1824). Les douleurs se manifestent, la dilatation de l'orifice utérin se complète en quelques heures. La sage-femme perce les membranes vers les deux heures de l'après-midi. La tête se présente au détroit supérieur. Mais malgré un travail assez actif, le synciput seul plonge dans l'excavation pelvienne. Je suis appelé à l'insu de la sage-femme, à dix heures du soir. Je trouvai l'orifice utérin dilaté et remonté sur la tête. J'annonçai que l'enfant était hydrocéphale, et que l'accouchement était impossible sans les secours des instrumens, et peut-être sans mutiler l'enfant. La sage-femme soutint que l'enfant était en bonne position, le bassin bien conformé, et que, la femme étant déjà accouchée deux fois naturellement après un travail prolongé, elle avait la certitude qu'il en serait de même cette fois. Ce fut en vain que je sollicitai l'appel d'autres confrères, je dus me retirer devant l'opposition formelle de la sage-femme et de la famille.

Mais à six heures du matin (19 janvier), je suis

redemandé avec instance. La malheureuse femme était épuisée par la fatigue et la douleur, affaiblie par une perte de sang peu abondante, mais continuelle, et dans un état d'anxiété inexprimable; elle avait des vomissemens, des défaillances, le pouls était misérable. Tout annonçait une fin prochaine. En la touchant, je rencontrai dans le vagin un corps que je pris d'abord pour le cordon ombilical, mais que bientôt je reconnus être une anse intestinale que je pus suivre jusqu'à une rupture transversale existant au voisinage de l'insertion du vagin avec le col utérin, et s'étendant du côté gauche en arrière. Elle correspondait aux bosses pariétales de l'enfant et se trouvait correspondre un peu au-dessus du détroit supérieur. Grâce à la mollesse de la tête, je pus l'en éloigner en l'affaissant, et réduire l'intestin. Le temps pressait, la version pouvait entraîner un agrandissement de la rupture; je me décidai à appliquer le forceps que j'avais tout prêt, sauf à opérer la ponction du crâne, si je ne pouvais sans elle amener la tête. Je pris toutes mes précautions pour ne pas engager la branche mâle de l'instrument dans la crevasse. Je fis comprimer fortement le ventre et la matrice de haut en bas pendant l'application, et je pus amener l'enfant avec moins de difficulté que je ne l'avais craint, ce que j'attribuai à la flaccidité de la tête frappée d'hydrocéphalie, flaccidité augmentée par la mort de l'enfant, ainsi qu'au grand relâchement comme cadavérique des parois vaginales et de la vulve. A

peine l'enfant était-il extrait, que la femme expira. Je portai la main dans le vagin; elle put facilement pénétrer dans l'abdomen, où je ne trouvai aucun épanchement.

C'est aussi une hydrocéphalie qui a prédisposé à la rupture du vagin dans l'intéressante observation publiée par M. Haime et que nous aurons occasion de rapporter.

§ 2. *Causes provenant du vagin.* Nous noterons l'occlusion, le rétrécissement de ce conduit par d'anciennes cicatrices, des brides, son refoulement par la vessie remplie d'urine, et surtout par le rectum comblé de matières stercorales durcies; ou bien par des tumeurs développées sur les parois vaginales ou dans leur épaisseur, ou même à leur surface, ou encore repoussées de l'abdomen jusqu'au-dessous du col utérin. C'est ainsi qu'on a vu un ovaire engorgé qui, s'étant engagé dans le bassin, sous le col utérin, mettait obstacle à l'accouchement. (M. Deneux.)

§ 3. *Causes provenant du bassin.* L'étroitesse ou la déformation du bassin peuvent être considérées comme les causes prédisposantes les plus fréquentes des ruptures du vagin à sa partie supérieure. Ces vices de conformation, ou tout état pathologique diminuant les diamètres du canal pelvien, comme des exostoses, etc., n'empêchent pas la dilatation des orifices utérins de se faire; mais le vagin, ayant alors à supporter seul les effets du retrait de la matrice, est éminemment exposé à se rompre.

CHAPITRE II. — RÉSULTATS DES RUPTURES TRANSVERSALES DE LA RÉGION PÉRI-UTÉRINE DU VAGIN.

ARTICLE PREMIER. Résultats relatifs à l'enfant.

§ 1er. *Rétention de l'enfant au lieu qu'il occupait.* Si la rupture a son siége au point de jonction du vagin avec le col utérin, comme alors cette partie se trouve plus ou moins élevée vers la base de la tête de l'enfant qui se trouve comme bloquée au détroit supérieur du bassin, il n'y a pas et il ne peut y avoir déplacement de celle-ci.

64e OBSERVATION.

Thibaut, de l'académie de Rouen, fit l'ouverture d'une femme qui était morte après cinq heures de travail, avec oppression, nausées, vomissemens. Il trouva le corps de l'enfant dans la cavité abdominale avec le placenta, tandis que la tête était encore engagée dans la cavité du bassin. La déchirure occupait la partie postérieure de la matrice, au voisinage de l'endroit où le museau de tanche s'unit au vagin.

Dans les ruptures succédant à la meurtrissure de la partie supérieure du vagin comprimée contre le détroit supérieur, les mêmes résultats ont lieu, et parce que la tête reste comme enclavée dans le détroit, et parce que la rupture correspond à des

surfaces osseuses qui s'opposent au déplacement.

Enfin, dans les cas où la division du vagin a été déterminée par l'action des cuillers du forceps, la situation de cette déchirure dans un cul-de-sac en dehors des bords de l'orifice utérin, la présence de ceux-ci qui se trouvent interposés entre elle et la tête de l'enfant, ces circonstances, dis-je, s'opposent alors au déplacement de la tête de l'enfant qui conserve les rapports qu'elle avait avec le bassin au moment de l'événement, ou qui ne cesse pas d'être embrassée par l'orifice utérin.

§ 2. *Passage du corps seul de l'enfant dans l'abdomen.* Mais il n'en est pas de même du corps de l'enfant : il peut être repoussé dans la cavité abdominale par le retrait subséquent de la matrice, dont l'orifice, n'étant plus retenu par les liens vaginaux, remonte et se retire vers le fond de l'organe, abandonnant ainsi le fœtus qu'il ne peut expulser.

§ 3. *Chute complète de l'enfant dans l'abdomen.* Quant au passage complet de l'enfant dans l'abdomen à la suite des ruptures transversales du vagin, près du col utérin, il faut l'attribuer en général, quand il a lieu, au refoulement de la tête, qui était plus ou moins engagée par les tentatives mal conçues ou mal exécutées de délivrance, de version et d'application des instrumens.

Quand ce passage est spontané, il a ordinairement lieu de manière que l'extrémité pelvienne de l'enfant s'engage la première.

65e OBSERVATION.

Saviard nous a transmis, dans sa 25e observation, l'histoire d'une rupture occupant la partie supérieure du vagin, un travers de doigt au-dessous de l'orifice de la matrice. Une femme, dit-il, attendait à l'Hôtel-Dieu le temps de son accouchement. Des douleurs s'étant manifestées, la sage-femme reconnut que l'enfant se disposait à sortir; mais après deux jours de souffrance sans résultat, les douleurs cessèrent tout à coup. Pesanteur sur l'estomac, douleurs atroces dans l'abdomen; pendant le travail, le placenta s'était détaché et était sorti. En suivant le cordon jusque dans la matrice, les sages-femmes et les chirurgiens n'y trouvèrent plus l'enfant. La femme étant morte au bout de deux jours, Saviard en fit l'ouverture; il trouva l'enfant dans l'abdomen, la tête en en bas, la matrice pleine de sang, et la rupture au vagin.

ARTICLE II. Résultats relatifs à la mère.

§ 1er. *Hémorrhagie.* L'état peu vasculaire des tissus qui composent le vagin exposerait peu aux hémorrhagies, si les ruptures se bornaient aux parois de ce canal; mais quand elles pénètrent jusqu'au péritoine, les vaisseaux utérins qui longent le vagin avant de gagner les parties latérales de la matrice alors élevée, ces vaisseaux, dis-je, se trouvant com-

promis, donnent lieu à des hémorrhagies aussi abondantes que quand la rupture a son siége au col même de la matrice. Le sang peut également s'épancher dans la cavité péritonéale, comme en fait foi l'observation de Thibaut. Cependant il a en général autant de tendance à s'échapper au dehors, comme dans le cas que j'ai rapporté.

§ 2. *Déplacement intestinal.* La communication que la rupture établit entre la cavité abdominale et le vagin permet assez souvent à une anse intestinale, poussée par les efforts d'expulsion, de s'engager dans ce canal à travers la crevasse. On distinguera aisément l'intestin du cordon ombilical à la présence du mésentère qui le fixe, tandis que celui-ci est libre de toute part. L'épiploon pourrait être plus facilement pris pour un lambeau des membranes; mais dans l'un et l'autre cas, il sera facile, en suivant ces corps flottans, de reconnaître d'où ils s'échappent, et partant leur nature.

ARTICLE III. Signes des ruptures de la région péri-utérine du vagin.

La douleur est aussi moins vive dans ces cas que quand la rupture a son siége à l'utérus, ce qui dépend du très-peu d'épaisseur que présentent les parois vaginales, surtout à leur insertion au col de l'utérus, de l'engourdissement qui doit résulter de leur extension outrée, précurseur de l'événement, ou de la compression à laquelle elles ont été sou-

mises. Souvent on ne reconnaît son existence que quand on ne la cherchait pas, c'est-à-dire pendant l'exploration faite pour savoir quel obstacle s'oppose à la terminaison de l'accouchement. Quelquefois en effet la présence d'une anse intestinale dans le vagin indique l'événement dont rien jusque-là n'avait fait soupçonner l'existence. Il importe cependant de le reconnaître, afin de ne pas s'exposer à déterminer de nouveaux accidens dans les tentatives de délivrance, ou à se fourvoyer dans l'application des instrumens.

On doit donc, quand on est appelé auprès d'une femme depuis long-temps en travail, et chez laquelle l'obstacle à l'accouchement ne provient pas de l'orifice utérin, qui est largement dilaté, on doit, dis-je, bien examiner par le toucher l'état du vagin, et si ses rapports avec le col n'ont pas été détruits.

Qu'est-il besoin de rappeler combien il faut mettre de réserve dans cet examen, afin de ne point agrandir la déchirure, ni la produire si elle n'était qu'imminente?

Quant aux autres signes locaux relatifs au passage total ou partiel de l'enfant dans l'abdomen, ils sont les mêmes que pour les ruptures du col utérin.

On a dit que les ruptures du vagin étaient plus dangereuses pour les suites que celles du col, parce que, dans ces dernières, elles se trouvent bientôt réduites par le retrait du tissu utérin, tandis que le tissu des parois vaginales ne se rétractant pas,

la plaie reste béante et se cicatrise difficilement.

L'observation que nous avons rapportée d'après Mme Lachapelle vient prouver que la cicatrisation d'une rupture, même très-étendue, du vagin, et communicant avec la cavité abdominale, peut s'opérer complètement, et en aussi peu de temps que mettrait à le faire une déchirure du col.

Le diagnostique de ces ruptures est cependant moins grave relativement à son siége qui se trouve plus à portée des moyens obstétricaux nécessaires pour opérer la délivrance, et pour aller chercher l'enfant dans la cavité abdominale. La non contractibilité de ses parois permet surtout ce dernier moyen, alors même qu'il s'est écoulé un temps plus ou moins considérable depuis l'accident.

J'ai dit que d'après l'état d'obliquité de l'utérus, d'après la rétraction plus précoce et plus forte du bord postérieur de l'orifice utérin, etc., la rupture pouvait envahir en même temps le col de l'utérus et la partie supérieure du vagin. En voici un exemple très-important sous plusieurs autres rapports; il est dû au savant chirurgien de Tours, M. Haime. (*Journal génér. de méd.* tom. IX, pag. 305.)

66e OBSERVATION.

« La femme Dehan, âgée de vingt-huit ans, arrivée au terme de sa troisième grossesse, ressentit les premières douleurs de l'enfantement le 18 février 1828. La sage-femme reconnut, vers les six heures

du soir, que l'enfant se présentait dans la seconde position de la tête. Le travail ne fit pas de progrès sensibles jusqu'à huit heures du soir du lendemain 19. Alors les douleurs persistèrent et s'accrurent jusqu'à minuit. Alors aussi commença un écoulement de mucosités sanguinolentes, accompagné de malaises inexprimables et d'un refroidissement très-marqué des extrémités. Le pouls était petit, concentré. Tout à coup, vers cinq heures du matin (20), la malade éprouva une violente douleur tout-à-fait différente des douleurs ordinaires, qui lui arracha un cri, et qui fut immédiatement suivie d'un affaissement général, et de la cessation absolue des contractions utérines. Les traits du visage s'altérèrent, les angoisses augmentèrent, l'abdomen devint très-sensible au toucher, des nausées fréquentes et des vomissemens de matières bilieuses se manifestèrent, et lorsque la malade prenait une position verticale, il s'écoulait par la vulve une plus grande quantité de sang et de sérosité. MM. Brault père et fils, appelés, ne purent voir la malade que dans l'après-midi. Les signes commémoratifs, joints à la présence d'une tumeur inégale déjetée à gauche et se sentant distinctement à travers les parois abdominales, le toucher au moyen duquel la main, en glissant à côté de la tête du fœtus, n'éprouvait qu'un léger obstacle à pénétrer dans la cavité abdominale jusqu'à la région sacro-iliaque qu'elle sentait distinctement à nu : toutes ces circonstances convainquirent qu'il

s'était effectué une rupture du vagin, et que le fœtus avait passé en grande partie dans l'abdomen. M. Haime, demandé en conseil, ne vit la malade que dans le courant de la nuit suivante. On reconnut la nécessité d'appliquer le forceps sur la tête... On attendit qu'on eût réglé des affaires de famille ; mais alors la femme rendit le dernier soupir... On pratiqua de suite la gastrotomie. Le corps seul de l'enfant, du sexe féminin, était dans la cavité abdominale. La tête était retenue entre les lèvres de la déchirure qui s'était opérée au vagin et au col de la matrice... Ce fœtus était hydrocéphale, avec spina bifida, etc. Le col de l'utérus était déchiré à sa partie inférieure, postérieure et latérale gauche, et cette déchirure intéressait toute la portion correspondante du vagin dans une grande étendue. »

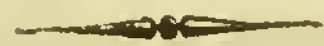
Les réflexions naissent en foule à la lecture de cette observation, qui, malgré l'étendue de sa description, est encore incomplète. On ne dit pas si les membranes étaient ouvertes quand arriva la déchirure. La circonstance relatée de l'écoulement de sérosité avec le sang quand la femme prenait une position verticale semblerait indiquer que les eaux s'étaient épanchées dans l'abdomen. A quelle cause attribuer la rupture? Le volume de la tête hydrocéphalique de l'enfant en a été sans contredit l'occasion essentielle. Les mouvemens de la femme, quelque position forcée, des manœuvres imprudentes de la sage-femme n'auront-ils pas pu contribuer à pro-

voquer cet accident? Au reste, il paraît avoir eu lieu d'abord sans résultat immédiat, le 19 à minuit. Ce n'est que le 20 à cinq heures du matin (cinq heures après!) que les signes annonçant le passage de l'enfant dans l'abdomen et l'épanchement de sang se manifestèrent tout à coup... Il est vraiment malheureux que cette femme n'ait pas eu de suite les secours d'hommes assez forts de leur conscience pour tenter la délivrance, soit par les voies naturelles, ce que rendait facile la présence de la tête, soit à la rigueur par la gastrotomie. On aurait eu peut-être une victime de moins et un succès de plus à ajouter à ceux obtenus dans d'autres cas analogues. Dans tous les cas, il demeure évident que le col de l'utérus et le vagin participaient également à la rupture.

CINQUIÈME SECTION.

DES RUPTURES DE L'UTÉRUS

APRÈS L'ACCOUCHEMENT.



Après la sortie de l'enfant, dans un accouchement même ordinaire, la matrice est encore exposée à être rompue par des tentatives imprudentes, faites dans l'intention de détacher le placenta adhérent et de l'extraire. Peu en rapporte un exemple (*Prat. des accouchemens*, p. 339). La femme mourut des suites de cette rupture.

Enfin il arrive quelquefois que les bords du col utérin ne revenant pas immédiatement sur eux-mêmes, après l'expulsion de l'enfant, pendent et flottent dans le vagin. La lèvre antérieure qui se comporte principalement ainsi, et que nous avons vue pendre jusqu'à la vulve, peut être très-facilement prise, au premier abord, pour le placenta engagé par un bord et faisant saillie par un point de sa circonférence.

Plus d'une fois cette méprise a été commise, et l'on ne s'en est aperçu qu'après que l'on avait inutilement meurtri, déchiré cette partie en tirant dessus avec force, croyant agir sur le placenta adhérent encore en partie. Témoin cette femme dont

parle Portal (Obs. XVI, p. 93), et qui eut tout l'orifice utérin déchiré par une sage-femme qui avait tiré de toutes ses forces sur cette partie, croyant tirer sur le placenta.

Je fus appelé, il y a quelque temps, par une sage-femme pour l'aider dans la délivrance d'une femme qui était accouchée depuis une heure, et qui était en proie à une perte inquiétante. Le placenta, me dit cette sage-femme, se présentait à la vulve, mais il paraissait adhérent et avait résisté d'abord à la traction exercée sur le cordon qui s'était rompu, et même à des tractions exercées sur le bord saillant de ce corps. J'examine l'accouchée et j'aperçois que ce que l'on avait pris pour le placenta, était la lèvre antérieure du col utérin, mollasse, comme flottante au milieu du canal vaginal. Je plongeai la main dans celui-ci, et je sentis l'ouverture de la matrice derrière cette large lèvre, et plus haut, le placenta retenu par la contraction, incomplète cependant, de l'orifice interne. J'allai saisir ce corps et l'amenai facilement. Les accidens hémorrhagiques cessèrent, et la femme fut promptement rétablie.

DES ACCIDENS CONSÉCUTIFS

COMMUNS AUX RUPTURES DE L'UTÉRUS ET DE L'EXTRÉMITÉ PÉRI-UTÉRINE DU VAGIN PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Ces accidens sont relatifs à la solution de continuité considérée en elle-même, à la présence de l'enfant dans la cavité péritonéale, aux épanchemens abdominaux.

§ 1. *Plaies utérines et vaginales.* Ces plaies ne présentent par elles-mêmes aucun danger, mais elles peuvent se transformer en fistules établissant une communication entre la cavité péritonéale ou quelque viscère de l'abdomen, et l'utérus ou le vagin, ainsi que nous avons rapporté des observations d'après Mme Lachapelle. L'observation que M. Roux a communiquée à l'Institut, et que nous rapporterons plus loin, en fournit un autre exemple.

§ 2. *Phlegmasies abdominales.* Elles résultent des froissemens et des congestions qu'un travail laborieux et prolongé a occasionés dans l'abdomen, de l'extension de la phlegmasie utérine; d'autres fois, de la présence du sang épanché ou des corps parturitifs tombés dans cette cavité, ou encore des violences dont l'ont frappé les manœuvres employées pour aller y chercher l'enfant et l'extraire. L'introduction de l'air dans la cavité péritonéale y prédispose également.

Il faut aussi tenir compte des prédispositions qui résultent de l'état de gestation et du travail parturi-

tif, mais noter principalement l'action de certaines dispositions atmosphériques ou épidémiques; toutes conditions propres à développer les phlegmasies puerpérales, dans les cas même où l'accouchement s'est fait naturellement et sans encombre.

Nous avons déjà remarqué que ces inflammations abdominales, qui succèdent aux ruptures utérines et qui sont déterminées et entretenues par la présence du sang et de l'enfant et dépendances, ne présentaient pas ordinairement un degré d'intensité et de gravité immédiate, proportionnée à l'apparente influence désastreuse de la cause. Assez souvent les désordres qui en résultent n'amènent la mort qu'à une époque plus ou moins éloignée.

67e OBSERVATION.

On doit à Saucerotte le cas d'une rupture qui s'était faite à la matrice pendant le travail de l'enfantement. (*Mélange de chir.* t. II, pag. 295.)

Le fœtus passa dans l'abdomen. Mais le placenta fut expulsé spontanément par la vulve quelques jours après. Il y eut de temps en temps de légères pertes de sang qui devint putride vers la fin. Il survint alors de la fièvre, de l'altération, des insomnies, du malaise, avec tension et météorisme du bas-ventre, ce qui n'empêchait pas de sentir à travers ses parois les membres du fœtus quarante jours après l'accident. Cette femme, qui était mourante quand Saucerotte la vit, périt le lendemain. A l'ouverture du cadavre, on trouva l'enfant cou-

ché en travers dans la partie inférieure du ventre, et hors de la matrice qui était déchirée dans sa partie antérieure. L'utérus et les parties voisines commençaient à tomber dans une dissolution putrilagineuse, et il y avait un épanchement couleur de lie de vin, répandant une odeur fétide.

68e obs. — Chute de tout le produit de la conception dans l'abdomen. Accidens graves ne commençant qu'au bout de plusieurs mois.

Le fait rapporté par Fleury (*Rec. pér. de la Soc. de méd. de Paris*. t. IV, pag. 268) est bien plus remarquable encore. Tout le produit de la conception était passé dans la cavité péritonéale, rien n'était sorti par la vulve. Ce ne fut qu'au bout de plusieurs mois qu'un membre inférieur entier et macéré, ainsi que d'autres parties moins volumineuses, furent expulsés par l'anus. Après la mort de la malade, on trouva le reste du fœtus en état de putréfaction, au milieu d'une matière brune, épaisse et d'une odeur insupportable. Le désordre des viscères abdominaux était excessif; la portion ascendante du colon était ulcérée en trois endroits, de manière à permettre l'entrée du doigt dans cet intestin. La portion transversale était aussi percée dans sa partie droite. Le colon gauche contenait des portions de chairs, un membre supérieur et un inférieur. La rupture de la matrice, qui paraissait avoir été très-grande, était cicatrisée, excepté dans l'étendue de huit à dix lignes.

69e OBSERVATION. — Chute de l'enfant et de ses dépendances dans l'abdomen. Accidens consécutifs quatre ans après. Expulsion de l'enfant par des abcès, aidée de la gastrotomie. Guérison.

Cornax a rapporté un autre fait qui renchérit encore sur les précédens.

Une femme, étant au terme de sa grossesse, éprouva des douleurs d'enfantement très-vives. On entendit un craquement dans le ventre. Quelques accidens survinrent, mais se calmèrent bientôt, de sorte que la femme vécut quatre ans avec le ventre tendu, des douleurs et un écoulement purulent par la vulve. Après un certain temps, il survint un abcès à l'ombilic, par lequel s'évacuèrent une grande quantité de pus et plusieurs os. D'autres portions osseuses s'échappèrent aussi par un abcès qui se développa à peu de distance du premier. On se détermina enfin à agrandir l'ouverture par une incision longue de huit pouces, ce qui permit de retirer le reste de l'enfant, dont la tête seule s'était bien conservée. La femme guérit promptement, quoiqu'on n'ait fait aucun point de suture.

70e OBSERVATION.

Une observation présentant quelques analogies avec les précédentes a été communiquée à la Société royale de médecine par Desbois, de Rochefort. Une femme, au terme de sa quatrième grossesse, après l'écoulement des eaux et trente heures de douleurs les plus vives et les plus suivies, éprouva un mouvement qui, selon ses expressions, boule-

versa tout le bas-ventre. Dès lors plus de douleurs ni d'accouchement. Deux mois après, plusieurs points douloureux et enflammés se manifestèrent aux parois abdominales. Des abcès s'ouvrirent spontanément et on retira tous les os d'un fœtus par la principale ouverture qu'on dilata. La malade fut guérie au bout de quatre mois.

Ces faits, et plusieurs autres cités dans le cours de cet ouvrage, tendent à prouver que la présence dans l'abdomen de tout ou partie du produit de la conception, même arrivé à son plus haut degré de développement, ne détermine pas essentiellement d'inflammation immédiatement dangereuse, et que leur pronostic est loin de présenter un caractère de gravité comparable à celui fourni par les inflammations puerpérales, nées sous des influences épidémiques. Et en effet, tandis que les premières sont toutes locales, les autres ne sont qu'une des manifestations d'une altération générale, d'une atteinte profondément portée à toute l'économie.

Toutefois, comme les résultats immédiats des ruptures utérines surajoutent leur influence à toutes celles qui tendent à développer les phlegmasies abdominales chez les nouvelles accouchées, on doit s'attendre au développement de cette affection, et agir en conséquence.

Mais pour être éloigné, le danger n'en est pas toujours moins à craindre. Les femmes dont l'ab-

domen recèle quelque résidu de la rupture utérine, traînent en général une douloureuse existence, au milieu d'accidens qui semblent la menacer à chaque instant. Enfin arrive, tôt ou tard, le moment où la mort y met un dernier terme, à moins que les produits épanchés ne viennent à se frayer une route au dehors, après avoir produit des inflammations ulcéreuses, ou avoir développé des abcès dont l'ouverture artificielle en permette la sortie ou l'extraction.

Cette manifestation de la nature à se débarrasser des produits ou corps épanchés, a lieu au bout d'un temps plus ou moins long, après plusieurs mois et même plusieurs années, comme le prouvent les exemples que nous en avons rapportés et ceux que nous aurons encore l'occasion de rappeler. Ils prouvent aussi que ces efforts d'expulsion spontanée peuvent se faire tantôt à travers les parois abdominales comme dans les observations de M. Dubois et de Muller déjà rapportées, ainsi que dans un fait recueilli par M. Salemi, dans lequel l'ouverture se fit par l'hypogastre qu'il fallut agrandir (*Rev. méd.* 1830, tom. 440); de même encore dans le cas dont parle M. Weesf (*Bulletin de Férussac*, t. VI, pag. 286).

D'autres fois c'est par l'anus ou la vulve que les débris du fœtus épanché s'ouvrent une issue (*Bib. méd.* 1827, t. II, p. 138).

A ces exemples j'en ajouterai un qui m'est pro-

pre et qui présente cela de particulier, que le placenta seul était tombé et retenu dans la cavité abdominale, l'enfant ayant été amené par les voies ordinaires.

71e OBSERVATION. — Passage et rétention du placenta dans la cavité de l'abdomen. Dépôt consécutif. Ouverture et expulsion spontanée par le fond du vagin.

La femme d'un ouvrier ébéniste du faubourg Saint-Antoine, âgée de vingt-cinq ans, petite et forte, eut un travail très-laborieux. Le troisième jour, M. Latour de Fonpudie, chirurgien du quartier, termina l'accouchement au moyen du forceps, non sans avoir été obligé d'y revenir à plusieurs fois. Quand on voulut chercher le cordon, pour aider l'extraction du placenta, on ne trouva plus ni l'un ni l'autre. La sage-femme, Mme *Rimet*, non plus que l'accoucheur, ne surent qu'en penser. La femme était dans un état qui paraissait désespéré. Néanmoins, et malgré un traitement assez peu rationnel, elle survécut; elle put même allaiter son enfant, qui mourut à six semaines. A dater de cette dernière époque, cette femme se plaignit d'embarras et de douleurs sourdes dans le bas-ventre, qui se tuméfia graduellement. Elle se crut enceinte; mais les douleurs et la tuméfaction augmentant, la femme dépérissant de jour en jour, elle appela M. Latour, qui la saigna et la purgea plusieurs fois. Il survint du dévoiement. On vint me chercher à l'hôpital Saint-Antoine, où j'étais alors interne, pour voir cette femme, qui,

me dit-on, *avait une perte de sang pourri.* Il s'était fait tout à coup par la vulve une irruption de matières brunâtres, d'une fétidité insoutenable, paraissant formées d'un mélange de sang corrompu, de sérosité sanieuse et de pus. Le lit en était inondé. Je trouvai entre les cuisses plusieurs masses de grosseur variée, que je pris d'abord pour des caillots de sang; mais, en examinant avec plus d'attention la plus volumineuse, qui pouvait égaler en grosseur un œuf de poule, je crus reconnaître tout l'aspect du tissu placentaire, encore garni de débris de membranes. J'ignorais pour lors les antécédens. M. Latour, en l'absence duquel on m'avait appelé, vint sur ces entrefaites, et, sur ce qu'il me dit, je fis demander la sage-femme, qui demeurait près de là. Tous deux m'assurèrent que le placenta avait disparu après la sortie de l'enfant; qu'ils n'avaient plus trouvé le cordon ni dans le vagin, ni assez profondément dans le col utérin. Je touchai alors la malade, et je trouvai : 1° le museau de tanche légèrement tuméfié, un peu déjeté à gauche et en arrière; 2° en avant, et un peu à droite, mon doigt, au lieu d'être arrêté par le cul-de-sac vaginal, pénétra dans une large ouverture béante, à bords flottans et minces, et par laquelle s'échappaient encore des matières semblables à celles qui étaient sorties, surtout quand, avec l'autre main, je pressais la région hypogastrique. La malade était arrivée au dernier degré de marasme et d'épuisement. Nous

prescrivîmes une potion tonique, quelques cuillerées de bouillon, des injections de décoction de quinquina. Elle mourut la nuit même. Je regrette de n'avoir pu faire l'autopsie cadavérique.

Voici l'interprétation que je donnai à cette observation quand je la recueillis : il y a eu probablement rupture de la matrice, soit pendant le travail, soit pendant les tentatives de délivrance : le placenta a été rejeté dans la cavité abdominale, où sa putréfaction a donné lieu à un dépôt qui s'est ouvert par le vagin, et par où lui-même a été entraîné par fragmens plus ou moins gros.

J'ajouterai que ce fait vient confirmer la théorie que j'ai donnée sur la manière dont se comportent les corps épanchés dans la cavité abdominale, par suite de la rupture de l'utérus. Ce n'est qu'après six semaines que les accidens ont commencé à se manifester. Si, au lieu d'abandonner cette malheureuse à elle-même, on eût examiné attentivement sa position, on aurait pu reconnaître la tendance que la nature avait à se débarrasser de ce corps étranger; on eût trouvé dans le vagin une tumeur saillante et fluctuante; on aurait pu donner issue à ces matières par une opération facile, avant que leur présence ait accumulé des désordres profonds et irremédiables.

TRAITEMENT DES RUPTURES

DE L'UTÉRUS

ET DE LA RÉGION PÉRI-UTÉRINE DU VAGIN QUI ARRIVENT PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

ARTICLE PREMIER. Traitement préservatif.

Quoique l'on ait professé qu'on ne pouvait ni prévoir ni pressentir quand la rupture de l'utérus était imminente pendant le travail de l'enfantement; quoique le plus souvent elle n'ait pas lieu dans les cas qui présentent les conditions les plus favorables à sa production; que conséquemment on ne peut se flatter de l'avoir prévenue, lors même qu'on a mis en usage les moyens prophylactiques les plus rationnels, rien ne prouvant qu'elle se fût opérée sans l'emploi de ces moyens, on serait inexcusable de négliger les précautions et l'emploi des moyens propres à éloigner les causes de ce redoutable accident, ou à contre-balancer leur action funeste. Nous pensons donc, contre l'opinion générale, qu'il est possible d'empêcher, non dans tous, mais dans un grand nombre de cas, la production de ces ruptures, par des moyens bien raisonnés et convenablement appliqués.

Les indications prophylactiques doivent être fon-

dées sur la nature des causes que l'on présume prédisposer à la rupture ou pouvoir la déterminer. Elles consistent à écarter ces causes, à les modérer, à les détruire, et, si elles échappent à la portée de nos moyens, on a encore quelquefois alors la ressource de pouvoir paralyser leur funeste influence et de s'opposer indirectement à leurs conséquences néfastes.

§ 1er. *Compression abdominale.* Lorsque quelque circonstance antérieure fait présumer une altération dans un point des parois utérines, et fait craindre que cette partie ne puisse résister aux efforts du travail de l'enfantement, la compression offre un excellent moyen de donner à cet organe la force de résistance qu'il a perdue ou qu'il ne possède pas à un degré suffisant. Mais l'emploi de ce moyen demande beaucoup de réserve et d'attention. Autant la compression est avantageuse pour favoriser l'accouchement dans les cas ordinaires, et pour prévenir les ruptures utérines dans les cas que je viens de mentionner, autant aussi elle peut être nuisible si elle est mal appliquée. Alors, en effet, elle expose à déterminer l'accident que l'on voulait éviter. On doit lui donner des directions différentes selon les circonstances que nous allons indiquer :

1° Dans les cas où c'est vers le corps de l'utérus que la rupture est imminente, la compression doit porter sur le plus de surface possible, de manière à exercer son action également sur tous les points du corps de cet organe. On la dirigera principalement

sur l'endroit que l'on soupçonne spécialement menacé. Ainsi, quelques compresses épaisses y seraient appliquées, puis on embrasserait le ventre par une large ceinture.

2° Nous avons démontré comment une compression mal dirigée pouvait provoquer la rupture transversale du col de l'utérus ou de la partie correspondante du vagin. Dans les cas donc où l'élévation du ventre, l'effacement du col ou la rigidité de son orifice, et où le retrait extrême de cette partie en en haut existeraient, circonstances qui annoncent, comme l'a si bien observé Crantz, que la rupture est prochaine, il faudrait bien se garder de comprimer l'abdomen circulairement ou d'avant en arrière; car alors, en relevant le fond de l'utérus, on augmenterait la tension qui existe déjà inférieurement, et on provoquerait ainsi la rupture, qui n'était qu'imminente à la partie antérieure du col ou du vagin, ainsi que le même Crantz nous en a fourni un exemple. Mais, dans ces cas, on pourrait obtenir des résultats favorables de la compression, si on la portait au-dessus de l'ombilic, et si on la dirigeait de haut en bas, du fond de l'utérus vers le bassin. De cette manière on tendrait à faire disparaître ou à diminuer l'état de tension et du col et du vagin, et on détournerait ainsi cette funeste disposition à la rupture transversale.

3° Mais il est de la plus haute importance d'apprécier si ce n'est pas plutôt la rupture verticale du

col qui est à craindre, cas dans lequel le mode de compression que nous venons d'établir ne pourrait qu'ajouter à la tendance à ce genre de rupture, ou même déterminer cet accident. En effet, nous avons démontré que cette rupture dépendait de l'inextensibilité du col utérin, et de la pression latérale ou excentrique que la tête de l'enfant exerçait contre cette partie, dans ses efforts progressifs, pour la traverser et la franchir. Or, n'est-il pas évident qu'une compression qu'on exercerait de manière à refouler l'enfant en en bas accélérerait sa progression, et renforcerait conséquemment cette cause déterminante de la rupture verticale. On reconnaîtra facilement l'imminence de ce genre de rupture, et on la distinguera de celle de la rupture transversale à la rigidité de l'orifice à travers lequel le sommet de la tête se trouve déjà engagé. Pour que la compression soit utile à ces derniers cas, il faudrait qu'elle fût dirigée de manière à modérer la progression de l'enfant, à le refouler vers le fond de l'utérus. On appliquerait donc le centre du bandage immédiatement au-dessus des pubis, et ses chefs seraient ramenés obliquement et le plus haut possible derrière le dos. Loin donc d'activer les efforts d'expulsion, on doit les modérer autant que faire se peut. On engage la femme à n'en point faire, on soutient la tête du fœtus à travers l'orifice pendant les douleurs. De cette manière, le col utérin étant dégagé de la pression qui le menace, donne à l'art plus de

facilité pour combattre l'obstacle que cette partie oppose, ou à la nature le temps de le détruire ou de le surmonter graduellement. Qui ne sait que le temps seul, en pareil cas, amène souvent des changemens favorables que l'art n'eût pu obtenir qu'au prix d'inconvéniens plus ou moins graves? Ainsi, on voit des parties dont la rigidité paraissait insurmontable s'assouplir, se distendre, s'effacer pendant que l'on se disposait à y pratiquer des incisions. La patience est la vertu la plus essentielle à l'accoucheur, mais que ce soit une patience d'Argus.

Ces remarques seront appréciées et feront sentir le danger qu'il y aurait à adapter la compression indistinctement à tous les accouchemens difficiles, comme l'a conseillé encore récemment le docteur Rognetta. (*Gazette médicale*, 1834.)

C'est à ces derniers cas aussi qu'est applicable le précepte souvent mal conçu, et encore plus mal employé, de soutenir l'orifice utérin quand il est poussé en en bas par la tête de l'enfant; cette compression directe doit être faite de manière à prévenir une dilatation ou une distension trop rapide. Elle est analogue à celle que l'on exerce plus tard sur le périnée, dans le même but de prévenir la déchirure de cette partie.

§ 2. *Assouplissement*, *sédation*, *scarification*, *débridement du col utérin rigide ou squirrheux.* Si la cause prédisposante réside au col utérin offrant une trop grande résistance par sa rigidité, soit

naturelle, soit pathologique, *a.* cherchez à l'assouplir par le repos, les saignées, les bains, les injections relâchantes et stupéfiantes, les applications de belladonne; *b.* pratiquez, si le cas presse, des scarifications sur les bords de l'orifice résistant, ou même donnez-lui, par des incisions plus ou moins profondes, l'ampleur qui lui manque et qu'il ne peut fournir pour que l'accouchement se termine. En multipliant les débridemens, on est dispensé de leur donner autant d'étendue. Dans tous les cas, il convient d'appliquer le forceps aussitôt après le débridement du col, ou de saisir les pieds si ces parties se trouvent au voisinage des orifices. En fixant ainsi l'enfant, on prévient sa chute dans l'abdomen, en cas d'agrandissement de la déchirure ou des incisions pendant la délivrance.

c. L'innocuité des plaies simples de l'utérus, et notamment des incisions pratiquées sur le col, est chose connue. Les exemples de succès obtenus de cette opération se sont multipliés depuis Lauverjat, qui en rapporte plusieurs exemples. L'emploi du bistouri conviendrait aussi et pourrait être indispensable dans les cas où l'orifice est plus ou moins complètement oblitéré, ou placé de manière que la tête de l'enfant entraîne avec elle la paroi antérieure du col : cette hystérotomie vaginale, alors obligée, est sans aucun danger; elle peut être appliquée avec grand avantage aux cas qui nous occupent.

d. Le rétrécissement et l'occlusion du vagin pré-

sentent les mêmes indications et se prêtent à l'emploi des mêmes moyens. On a de plus ici la possibilité d'appliquer des moyens dilatans, et même on pourrait forcer cette dilatation, comme l'a démontré le docteur Mayor.

§ 3. On refoule, on enlève les tumeurs mobiles qui encombreraient plus ou moins l'excavation du bassin. Ainsi on vide le rectum qui serait distendu par des matières stercorales abondantes et solides; on pratique le cathétérisme, si la vessie pleine est refoulée entre les pubis et sous la tête de l'enfant. On réduirait les hernies vaginales s'il s'en présentait. Je citerai à cette occasion le fait singulier d'une dame qui, à chacune de ses couches, a été affectée d'une hernie. A sa première, elle eut une hernie crurale du côté gauche; à sa deuxième, un exomphale; deux mois après sa troisième grossesse, pour laquelle je l'assistai, la lèvre droite devint volumineuse; en la comprimant, j'y sentis des gargouillemens : c'était une hernie *inguinale*. Enfin, après son quatrième accouchement, arrivé il y a cinq ans, elle eut une hernie vaginale, les parties déplacées soulevant la paroi gauche du vagin, s'étendaient depuis le voisinage de la lèvre vulvaire correspondante jusqu'au col utérin, qui se trouvait refoulé à droite. En réduisant, je sentis au fond du vagin une ouverture ovalaire assez grande pour que mon doigt pût pénétrer facilement à travers et en refoulant la membrane muqueuse, qui seule recouvrait cette ouver-

ture. J'appliquai un pessaire en bondon. Cette femme avait cependant eu des accouchemens peu laborieux; elle était devenue excessivement maigre depuis son mariage. Depuis trois ans, elle a repris plus de rondeur; elle a essayé de supprimer successivement son pessaire et son bandage crural, et cependant les hernies ont manifesté peu de tendance à reparaître. C'était la seconde fois que je voyais un exemple de cette sorte de diathèse herniaire.

§ 4. Est-ce l'enfant qui, par sa position vicieuse, met à l'accouchement un obstacle rendant la rupture imminente? Il faut y remédier par les moyens indiqués en pareil cas. Ainsi la version.

§ 5. *Emploi du forceps: mutilation.* Enfin, lorsque la cause réside dans un défaut de proportion absolu ou relatif entre le volume de l'enfant et les diamètres du bassin, on n'a de ressources préservatrices que dans le forceps, la ponction crânienne, le crochet, la mutilation de l'enfant, si sa mort est certaine, ou dans la gastro-hystérotomie ou la symphyséotomie, s'il reste quelque espoir de le sauver. Ce n'est pas ici le lieu de traiter de la convenance, de la préférence et du mode d'application de ces moyens: disons seulement qu'il ne faut y avoir recours que quand on en a reconnu l'indispensable nécessité. Plus on attend, plus on compromet le succès de ces opérations.

§ 7. Il n'est que trop vrai, et nous l'avons déjà répété, que c'est aux manœuvres imprudentes, intempestives, mal dirigées, que sont dues la plu-

part des ruptures de l'utérus qui arrivent pendant le travail de l'accouchement. Le traitement prophylactique le plus efficace consisterait donc tout simplement à s'abstenir de tout ce qui n'est pas formellement nécessaire pour aider la délivrance manuellement, ou au moyen des instrumens, et à mettre dans l'emploi de ces moyens artificiels, quand ils sont indiqués, toute la prudence et les précautions nécessaires.

ARTICLE II. Traitement curatif des ruptures utérines et vaginales arrivées pendant l'accouchement.

Ce traitement est relatif soit à l'enfant et aux matières épanchées, soit à la mère.

1° Traitement relatif à l'enfant et à ses dépendances.

Quels que soient la cause, le siége et la direction de la rupture qui s'est faite à la matrice pendant le travail de l'enfantement, une indication première, principale, fondamentale se présente : c'est la délivrance. Elle est nécessaire pour prévenir le passage de l'enfant dans l'abdomen, si déjà il n'est pas opéré. Elle est indispensable, dans tous les cas, pour le sauver et défendre en même temps les jours de la femme des dangers formidables qui la menacent. Le temps presse ; un seul instant de retard peut accumuler les obstacles, les rendre insurmontables

ou laisser naître des accidens inévitablement mortels pour ces deux êtres intéressans. C'est surtout en de telles circonstances que l'accoucheur doit être à la hauteur de sa mission. Le succès dépend de la justesse du coup d'œil, d'une appréciation rapide, d'une détermination prompte, d'une exécution pressante, hardie, brusque même, mais toujours réfléchie.

§ 1er. *L'enfant est resté en place.* — A. *Terminaison de l'accouchement par les voies naturelles.* Est-il nécessaire de dire qu'avant de procéder à l'accomplissement de cette indication, il faut écarter les causes accessibles qui pourraient rendre la délivrance difficile, impossible? Elle peut se faire par les voies naturelles, ou à travers une ouverture pratiquée aux parois abdominales. (*Gastrotomie.*)

1° *Accouchement manuel.* N'existe-t-il aucun obstacle marqué à la délivrance par les voies naturelles, comme lorsque la rupture a été produite par suite de l'affaiblissement des parois utérines ou de la mauvaise position de l'enfant : ou bien cet obstacle a-t-il été détruit par le fait même de la rupture, comme dans celles verticales du col, ou enlevé par l'art? Dans ces cas, on soutient d'une main, ou on fait soutenir les parois abdominales et la matrice, de manière à empêcher que les manœuvres n'augmentent la déchirure et n'y précipitent l'enfant : on plonge l'autre main dans le vagin, on saisit la partie de l'enfant qui se trouve la plus voisine. L'important est de le-

fixer. Est-ce un pied? Il peut suffire pour l'extraction (Mme Lachapelle). Il pourrait être ici dangereux d'aller à la recherche de l'autre, parce que ce serait perdre un temps précieux, et que la présence et le jeu de la main dans la cavité utérine pourrait provoquer le dangereux agrandissement de la rupture.

Si c'est un membre supérieur qui se présente, ou qui se trouve être la partie la plus facilement accessible, attirez-le dans le vagin, fixez-le par un lien, il servira de guide pour tenter et opérer la version, et d'assurance contre la fuite de l'enfant dans l'abdomen à travers la rupture.

2° *Le forceps.* La présentation de la tête ne laisse pas le choix des moyens : l'application du forceps est évidemment le plus avantageux; et nous ne concevons pas comment on a pu mettre ce précepte en question. On ne doit lui préférer l'accouchement par les pieds que dans les cas où les dernières parties se trouvent naturellement à l'orifice utérin ou dans le voisinage, comme dans les présentation des lombes, du siége, des talons, des genoux, etc., et la version, que quand l'enfant est placé de manière qu'on a plus court et plus de facilité pour aller chercher les pieds que pour amener la tête à l'orifice, et enfin quand il y a procidence de la main. Dans les observations de ruptures déjà rapportées, il en est plusieurs dans lesquelles le passage de l'enfant dans l'abdomen a été

évidemment déterminé par les tentatives de version.

L'application du forceps, quand elle est indiquée, est soumise aux mêmes règles que dans les cas ordinaires; mais, en outre, elle demande d'autres précautions, particulièrement et impérieusement commandées par les conditions nouvelles dans lesquelles les ruptures mettent les choses.

Relativement aux dispositions qui consistent à donner préalablement à la tête la position la plus favorable, si elle est déviée, je crois qu'ici il faudrait d'abord négliger cette précaution préalable. On doit surtout s'assurer de l'enfant en le saisissant tant bien que mal, sauf à lui imprimer ensuite des directions et des positions plus avantageuses par le moyen des instrumens que l'on fait manœuvrer en conséquence sans désemparer. C'est principalement dans des cas de cette nature que l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur ne peut souffrir de contradiction. Dans tous les cas, on ne négligera pas la précaution de faire soutenir le ventre afin de fixer et maintenir la matrice et l'enfant. Autrement on s'exposerait à le refouler dans la crevasse en faisant l'application de l'instrument ou en le faisant manœuvrer.

L'introduction et le placement des branches de l'instrument demandent aussi une attention toute particulière; il faut d'abord s'assurer du siége et de la direction de la rupture, afin de ne pas s'exposer

à engager les cuillers à travers la crevasse dans l'abdomen, et à saisir les parois de la matrice avec la tête de l'enfant. C'est surtout dans les déchirures du col et du vagin, et principalement dans celles qui affectent une direction transversale, que cette malencontreuse application n'est que trop facile. Nous en reproduirons des exemples. Mais on peut éviter ce grave inconvénient en portant les doigts de la main correspondante jusqu'à la déchirure, les engageant entre les bords et la tête de l'enfant; de cette manière on protégera efficacement cette déchirure du contact et de la déviation de l'instrument, et on aura un guide pour diriger celui-ci directement sur la tête de l'enfant dans la cavité même de l'utérus.

Cette précaution n'est pas moins indispensable pour éviter de pincer une portion d'intestin qui se trouverait au niveau de la déchirure, et que l'on n'aurait pas aperçue, faute d'examen suffisant.

Ne serait-ce pas à une cause de cette nature qu'il faut attribuer les accidens dont M. le professeur Roux a présenté l'histoire à l'Académie des Sciences, sous le titre d'*anus contre nature au fond du vagin?* (*Journal génér. de méd.* 1828, pag. 282.) On pourra en juger d'après l'extrait exact que nous allons donner de ce fait curieux.

72e OBSERV. — Anus contre nature au fond du vagin; suite du pincement de l'intestin par le forceps.

Une femme de vingt-deux ans, d'une forte constitu-

tion, accouche à terme dans le mois de janvier. L'accouchement fut laborieux, et nécessita l'application du forceps. Il paraît que l'accoucheur *pinça avec la tête de l'enfant une des lèvres de l'orifice utérin, un repli du vagin, et avec ces parties une anse intestinale*. Cette femme n'éprouva pas cependant d'accidens graves; mais huit à dix jours après, la sortie de matières fécales demi-liquides par le vagin fit reconnaître qu'il s'était opéré une communication entre cette partie et le tube digestif. La malade entra à l'hôpital de la Charité. M. Roux s'aperçut au toucher et à l'aide du speculum-uteri, que la lèvre postérieure du col de la matrice n'existait plus, et que là se trouvait l'orifice d'un conduit par lequel s'écoulaient continuellement des matières molles, liquides, d'un gris jaunâtre. Un lavement injecté dans le rectum ne pénétrait pas jusqu'à l'orifice de cette fistule, qui ne donnait point non plus issue à des matières fécales achevées. Il était donc probable que c'était avec une portion de l'intestin grêle que communiquait le vagin par l'intermédiaire de la fistule.

Voici comment je conçois que ces choses ont dû se passer. D'abord par l'espèce de torsion que présente l'utérus sur le vagin avant l'accouchement, on doit penser que la partie postérieure du col était dirigée de côté, à gauche probablement, quand le forceps a été introduit. La lèvre postérieure du col devait donc correspondre à l'une des branches

du forceps appliquée latéralement. Puisque la tête a pu être amenée par l'instrument, c'est que celui-ci avait saisi cette partie assez haut, ce qu'il n'aurait pu faire, si le bord de l'orifice ou un repli du vagin s'étaient interposés entre la tête et l'instrument qui, s'arc-boutant dans le cul-de-sac vaginal, n'aurait conséquemment pas pu pénétrer assez haut pour saisir l'enfant. Il est donc probable, ou qu'il existait déjà une déchirure du cul-de-sac vaginal, ou qu'elle a été faite par l'extrémité de la cuiller, violemment et maladroitement poussé contre ce cul-de-sac vaginal qui opposait de la résistance à son introduction. Dans tous les cas, l'instrument ayant pénétré dans la cavité abdominale, au lieu de la cavité utérine, n'aura pu saisir la tête qu'à travers les parois ou la lèvre postérieure du col utérin ; une anse intestinale qui se sera trouvée là, aura été prise entre l'utérus et l'instrument. On n'a donc pu amener la tête de l'enfant qu'en déchirant la lèvre utérine et l'intestin qui étaient interposés et pincés entre cette partie et le forceps.

Cette interprétation nous paraît seule admissible. Elle offre encore une nouvelle preuve que la plupart des ruptures utérines qui ont lieu pendant l'accouchement sont le résultat de manœuvres inconsidérées et maladroites, parmi lesquelles celles provenant de l'application du forceps tiennent un certain rang.

3° *Mutilation de l'enfant. Ponction du crâne. Céphalotomie. Crochet.* Lorsque l'on est certain

que l'enfant est mort, lorsqu'il présente quelque monstruosité qui met obstacle à l'accouchement, et que cette monstruosité est de nature à le rendre non viable, quoiqu'il offre encore alors des signes de vie, on porte, faute d'autres ressources, l'instrument sur lui : on sacrifie son existence plus qu'incertaine à la conservation de la mère. La ponction du crâne ou de l'abdomen, dans les cas d'hydropisie de ces régions, l'application du crochet, la céphalotomie au moyen du céphalotribe de M. Baudeloque neveu, ou de l'espèce de ciseau récemment proposé par M. le professeur Dugès, d'autres mutilations encore; tels sont les moyens extrêmes que l'art conseille, dans l'intention de réduire l'enfant à un volume proportionné aux dimensions des parties par où il doit sortir ou être extrait. Il n'est pas de notre sujet d'entrer dans les détails sur ces diverses opérations. Nous ferons observer seulement qu'aucune d'elles ne doit être entreprise dans les cas de ruptures, qu'après avoir préalablement fixé l'enfant, soit par les membres, soit au moyen du crochet, afin que les secousses, qu'on ne peut éviter de lui imprimer dans la manœuvre, ne le refoulent dans la cavité abdominale à travers la déchirure.

Ces opérations ne sont, je crois, applicables que dans les cas où l'enfant est encore retenu en totalité ou en partie dans l'utérus ou dans les voies de la parturition, et par conséquent bien à portée de

l'application et du jeu des instrumens. Les violences et les désordres que ces opérations provoqueraient dans les viscères abdominaux, si on les dirigait sur l'enfant qui se trouve au milieu d'eux, seraient infiniment plus redoutables que les accidens inhérens à la gastrotomie.

73e OBSERV. — Rupture du col utérin. Broiement de la tête. Emploi du crochet. Guérison.

L. Chaimbaut, âgée de trente-deux ans, peu robuste et offrant quelques traces de rachitisme, quoique le bassin fût bien conformé, avait eu deux accouchemens, dont le second avait nécessité la version du fœtus.

Le 5 août 1820, douleurs de son troisième accouchement. Le 6 août, à 3 heures de l'après-midi, trois accoucheurs essaient tour à tour l'application du forceps et l'introduction des mains dans l'utérus pour opérer la version, le tout en vain. Ces manœuvres successives ne cessèrent qu'à 11 heures du soir. Le 7, à 8 heures du matin, la malade est transportée à la Maternité dans un mauvais état. Les parties externes de la génération étaient rouges et extrêmement tuméfiées. Procidence de la main droite de l'enfant dans le vagin, ainsi que du cordon ombilical qui était noir, flétri et froid. Au-dessus était le pied droit, et au détroit supérieur la tête tuméfiée et présumée dans la deuxième position du vertex. On pratiqua la perforation du

crâne, on broya l'encéphale, et après quelques tentatives infructueuses de version, on appliqua le crochet aigu. On termina ainsi l'accouchement. Ce travail avait duré trois quarts d'heure, mais il avait peu fatigué la malade. La main portée dans l'utérus sentit à droite et en arrière, au niveau de la réunion du col et du corps de l'organe, une large ouverture recevant aisément toute la main et laissant toucher les intestins grêles à nu. A 2 heures de l'après-midi, on extrait le placenta. Le pouls reste fort, plein; la peau est chaude; le ventre est sensible, mais sans douleur; point de lochies, point d'urines.

Le 10 août, sensibilité excessive de l'abdomen, surtout à droite, mais peu de fièvre (*boissons adoucissantes*, *fomentation*, *etc.*); amélioration dans les jours suivans. Le 7 septembre, cette femme sortit fort bien portante : avant son départ, dit Mme Lachapelle, à qui nous empruntons ce fait, nous trouvâmes le col de l'utérus assez bas, fermé, profondément fissuré à gauche, et un peu échancré aussi en avant et en arrière. (*Prat. des accouchemens*, tom. III, p. 179.)

74e OBSERVATION. — Autre exemple. Rupture transversale du vagin avec le col utérin. Emploi des crochets. Guérison.

La nommée Manette Pan, âgée de vingt-huit ans, d'une forte constitution, d'un tempérament bilieux, ayant le bassin bien conformé, parvenue à

la fin de sa première grossesse, fut apportée à la maison d'accouchement, le 13 octobre 1815, à 6 heures du soir. Le travail de l'accouchement durait depuis cinq jours. Il y en avait quatre que les eaux étaient écoulées.

On apprit que plusieurs personnes avaient tenté d'opérer l'accouchement, soit par le forceps, soit par la version.... Face pâle, pouls très-faible, peau couverte d'une sueur visqueuse et froide; idées incohérentes; prostration extrême des forces; parties externes de la génération rouges et tuméfiées. Périnée rompu presque jusqu'au sphincter de l'anus. La tête de l'enfant occupait l'excavation du bassin et s'engageait déjà entre les lèvres. Une anse de cordon ombilical, qui précédait la tête, était sans pulsation : on l'avait liée. Les os du crâne étaient vacillans : les contractions de l'utérus avaient cessé. On procéda à la perforation du crâne : on dégagea facilement la tête; mais on éprouva beaucoup de difficultés à extraire le tronc, l'utérus s'étant pour ainsi dire moulé à la forme de l'enfant. Après la sortie de celui-ci, il survint une légère hémorrhagie utérine.... En introduisant un doigt dans le vagin, on reconnut qu'il était séparé du col de l'utérus dans toute sa moitié postérieure. Nuit très-alarmante : le pouls ne se relève pas, quoique l'hémorrhagie ait cessé. On soutient les forces par du bouillon, du bon vin, une potion cordiale. En même temps on applique des fomentations émol-

lientes sur le ventre qui était devenu douloureux. Les lochies sont noirâtres et putrides. Le troisième jour, la sécrétion du lait se fait : dès lors l'état de la malade s'améliore.... elle guérit. Avant son départ de l'hospice, le vagin présentait peu de profondeur, l'orifice de l'utérus déformé se confondait avec les inégalités de la cicatrice dont il était impossible de le distinguer.

Il est présumable, dit Mme Lachapelle, qui nous fournit encore cette observation (*loc. cit.*), que les membranes s'étaient ouvertes dès le début du travail; que la tête, encore au-dessus du détroit abdominal, laissa glisser au-dessus d'elle une anse de cordon ombilical; que l'enfant était vivant alors, et que sa mort fut l'effet de la compression des vaisseaux ombilicaux... La rupture du vagin fut sans doute produite par les efforts que l'on dut faire pour repousser la tête au-dessus du détroit abdominal, dans la vue d'aller chercher les pieds, et lorsque déjà elle avait franchi l'orifice de l'utérus; méthode vicieuse, qui ne manque presque jamais de produire cet accident.

B. *L'enfant est passé en partie dans la cavité abdominale.* Toutes les fois que l'enfant n'est pas entièrement passé dans l'abdomen, il est de précepte obligatoire de chercher à l'extraire par les voies naturelles en agissant sur la partie qui est restée dans l'utérus, ou engagée dans le col, au détroit supérieur ou dans le vagin. Ce n'est que quand cette partie n'offre

pas de prise suffisante, soit à la main, soit aux instrumens qui la suppléent, qu'on peut encore tenter d'aller chercher les pieds passés à travers la crevasse (*Voy.* obs. 75), mais cette marche n'est pas également facile à suivre dans tous les cas de rupture. Lorsque cet accident occupe le corps de l'utérus, et que la dilatation du col n'est pas suffisante, il faut d'abord détruire cet obstacle. Mais pour les ruptures du col ou de la région voisine du vagin, ruptures heureusement les plus communes, comme plus ordinairement alors les parties de l'enfant qui se présentaient à l'orifice utérin et au détroit abdominal y restent engagées, quoique tout le reste du corps ait traversé la crevasse, cette disposition favorise l'extraction de l'enfant par les voies naturelles. Les procédés et les règles à suivre sont les mêmes que quand l'enfant est encore enfermé dans la cavité utérine.

§ 3. *C'est encore par les voies naturelles* qu'il convient de tenter la délivrance, *quand l'enfant* EST TOMBÉ ENTIÈREMENT DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE. Tel était le sentiment de *Rœderer*, de *Simon*, de *Douglas*, et tel est aussi celui qu'a proclamé *M. Deneux.* Ce précepte doit être cependant modifié par la nature des circonstances qui ont concouru à la production de la rupture, et qui existeraient encore. Tels seraient le volume trop considérable de l'enfant, la constriction squirrheuse du col utérin, le retrait de la matrice, le rétrécissement consécutif de la crevasse et l'étroitesse extrême des détroits

pelviens, cas dans lesquels la gastrotomie est le seul moyen praticable, et offrant le plus de chances pour la conservation de l'enfant et le moins de dangers pour la mère.

Mais lorsque rien ne s'oppose essentiellement à la recherche de l'enfant et à son passage par les voies naturelles, il n'y a pas à balancer. Si on est là quand l'événement vient d'arriver, on ne donne pas le temps à l'utérus de revenir sur lui-même; on le surprend alors que l'affaissement de ses parois succède à la violence des contractions et à l'impression dont ce sinistre les a frappées. On plonge donc la main et on l'engage à travers la crevasse, et on va chercher l'enfant dans son profond refuge. Ce sera nécessairement par les pieds qu'il sera saisi et amené. Dans cette manœuvre de version, il faudra bien des précautions pour violenter le moins possible les viscères abdominaux au milieu desquels on opère, et pour ne pas entraîner la masse intestinale avec l'enfant. Trop de précipitation peut avoir de plus graves inconvéniens que ceux qui résulteraient d'une marche lente et mesurée. (*Voy.* les obs. 75, 76 et suiv.)

§ 4. On doit supposer le cas où le tronc de l'enfant ayant été amené, la tête reste en dehors de la matrice, étranglée par le retrait de l'organe et le resserrement de la rupture sur le col. Ou bien, l'enfant n'étant passé qu'incomplètement dans la cavité abdominale, son col se trouvera de même comme étranglé par la crevasse, soit que la tête fût restée saillante dans la

cavité utérine, ou que ce soit le tronc. Il est évident que dans ces circonstances, qui se sont déjà rencontrées, on ne pourrait extraire l'enfant par les voies naturelles sans s'exposer à entraîner l'utérus, ou à provoquer d'autres et plus violens désordres que ceux déjà existans. On ne pourra pas toujours couler la main entre les parties intra-utérines et l'utérus contracté, pour aller écarter les bords de la crevasse, et lui faire franchir la partie fœtale qu'elle retient. Que faire alors ?

Abandonnera-t-on la malade aux seuls et alors impuissans efforts de la nature? La mort est inévitable. Je ne crois pas qu'il faille hésiter dans ces cas à pratiquer la gastrotomie; on pourra, par l'ouverture abdominale, aller dilater directement la crevasse resserrée, et, si elle résistait, lui appliquer le débridement par le bistouri. L'enfant est-il mort? la tête seule fait-elle saillie à la surface abdominale de l'utérus, tandis que le tronc est en grande partie engagé dans les voies naturelles? la détroncation me semble alors le procédé le plus avantageux. On épargnerait ainsi l'utérus, et après avoir extrait l'enfant, partie par les voies naturelles, partie par les voies gastrotomiques, on pourrait encore fonder quelque espoir de salut pour la femme.

Lorsque c'est à la suite d'une rupture du col ou de l'extrémité péri-utérine du vagin que le fœtus a passé dans l'abdomen, les difficultés pour l'aller chercher et l'extraire sont bien moindres que quand

il y est tombé par une rupture du corps. Au vagin, la plaie conserve ses dimensions premières; au col, la rétraction étant beaucoup moins considérable qu'au corps, la déchirure, qu'elle soit horizontale ou verticale, ne perd que plus lentement et moins complètement de son étendue. Ces ouvertures se trouvent d'ailleurs, dans tous les cas, plus à proximité des voies d'excrétion fœtale.

Plusieurs exemples de succès plus ou moins soutenus, obtenus de l'extraction par les voies naturelles du fœtus tombé dans la cavité abdominale, doivent encourager à suivre cette marche, quand aucun autre obstacle ne s'y oppose. Nous allons reproduire les principaux de ces faits remarquables.

75e OBSERV.—Rupture à gauche vers le lieu d'union du vagin avec le col utérin. Passage de l'enfant dans l'abdomen. Extraction par les pieds.

La femme d'un charcutier, d'une constitution faible, d'une petite stature et d'une mauvaise conformation, éprouve les douleurs de l'enfantement, le 25 avril 1813. Elle avait déjà eu trois accouchemens laborieux, dans lesquels les enfans avaient succombé. Comme le travail se prolongeait et que l'enfant se présentait d'une manière vicieuse, M. Després appela M. Nauche. Les douleurs étaient peu considérables, les forces assez bonnes. Le ventre présentait deux tumeurs placées l'une au-dessus de l'autre et séparées par une espèce d'étrangle-

ment. L'orifice de l'utérus avait une dilatation de la grandeur d'une pièce de cinq francs. On sentait distinctement vers le côté gauche de cet orifice un pied dont les orteils étaient en devant; une tête qui s'était déjà engagée dans l'excavation; l'occiput tourné du côté du pubis, et une anse du cordon ombilical d'environ deux pouces de longueur: on attendit. Les douleurs se ranimèrent, et la tête parut faire quelques progrès dans l'excavation. Tout à coup la malade, sans avoir fait aucun mouvement, sans avoir éprouvé aucune secousse, sans avoir ressenti aucune douleur vive, fut prise de vomissemens; sa figure se décomposa et se couvrit des pâleurs de la mort. On toucha. La tête, le pied, tout avait disparu. La cavité de l'utérus ne contenait plus d'enfant, elle était vide. MM. Deneux, Gardien et Roux appelés, reconnurent une rupture de l'utérus située du côté gauche, vers le lieu de l'insertion du col avec le vagin, par lequel l'enfant avait pénétré dans l'abdomen. La malade, un peu remise, paraissait alors (deux heures après l'accident) plus tranquille. Point d'hémorrhagie apparente; plus de contractions utérines; le pouls, sans être fort, avait un certain degré de développement.

Après qu'on eut agité la question entre la gastrotomie et l'extraction par les voies naturelles, on se prononça pour cette dernière. M. Nauche trouva un pied à peu de distance de la rupture, il le ra-

mena à l'orifice du vagin. M. Deneux alla ensuite chercher l'autre pied et parvint à terminer l'accouchement sans beaucoup d'efforts. L'enfant était mort. La mère ne paraissait pas extrêmement fatiguée. On lui appliqua sur le ventre des compresses trempées dans de l'eau de Goulard; elle succomba néanmoins deux jours après.

On remarquera l'absence de l'hémorrhagie. Nous ne chercherons pas à soulever le voile qui couvre la cause de cet accident. Nous ne dirons rien non plus sur l'influence fâcheuse qu'ont dû avoir les retards qui ont été mis entre le moment où l'événement est arrivé et celui où on a opéré la délivrance.

L'observation n° X du mémoire de Mme Lachapelle montre ce que l'on pourrait espérer des secours bien entendus de l'art, et des ressources profondes de la nature.

176e OBSERV. — Rupture transversale du col utérin à son union avec le corps. Passage et putréfaction du fœtus dans la cavité abdominale. Extraction huit jours après l'événement. Guérison.

Une fruitière, âgée de trente ans, forte, sanguine, d'un embonpoint très-notable, avait eu déjà six enfans, quoique son bassin fût vicié. Ces enfans, il est vrai, étaient généralement fort petits. Le sixième avait seul été fort volumineux. Il était né spontanément, mais mort après un travail de 26 heures. La tête, qui s'était présentée dans la pre-

mière position, offrait au frontal gauche un enfoncement avec fracture.

Dans l'année 1821, septième grossesse. Vers le cinquième mois, deux accès de convulsions se manifestèrent à huit jours de distance. On la saigna deux fois; elle fut en outre émétisée et purgée.

Le 26 juin, premières douleurs.

Le 27, à 4 heures du soir, ruptures des membranes; la tête reste au-dessus du détroit supérieur; pouls fébrile; face rouge; délire passager, (saignée, bains de siége).

Le lendemain, même état; réitérations des mêmes moyens.

Le 28, douleurs nulles. Les mouvemens de l'enfant ont cessé de se faire sentir. L'orifice est épais, resserré, mais dilatable. La tête ne descend pas davantage. Les jours suivans, la fièvre se soutient, des vomissemens verdâtres ont lieu: un écoulement d'abord simplement aqueux, puis roussâtre, bourbeux et fétide, s'opère par la vulve. L'abdomen se ballonne, et la femme se plaint de douleurs passagères dans les lombes et fixes dans l'abdomen. Des injections poussées dans le vagin entraînent des débris de membrane et de placenta.

Le 6 juillet, dixième jour, cette femme est apportée à l'hospice. Ses forces sont assez bien conservées. La péritonite est évidente, et tout fait présumer une rupture subaiguë de l'utérus.

L'orifice était mou, ouvert, un peu régulier,

mais sans déchirure. Parmi quelques débris, on amena un petit corps solide; c'était une dent incisive que la putréfaction paraissait avoir fait sortir des mâchoires d'un fœtus de volume médiocre. A quelque hauteur qu'on portât le doigt, on ne pouvait rien sentir de ce fœtus. En portant la main dans l'orifice utérin, je me trouvai, dit Mme Lachapelle, dans une ample cavité dont les parois étaient écartées et soutenues par des gaz putrides. Dans cette cavité, ma main n'était séparée de l'extérieur que par la simple épaisseur des parois de l'abdomen. Je pus m'assurer que j'avais traversé d'abord le col de l'utérus, puis une ouverture transversalement pratiquée entre le col et le corps de cet organe, ouverture assez large pour que la partie qui lui était supérieure fût détachée aux trois quarts du reste du viscère et renversée en arrière, seul point où l'on pût suivre la continuité des parois. Pour m'assurer de cette disposition, j'introduisis les doigts dans le fond de l'utérus, puis j'en embrassai la convexité avec toute ma main. Au milieu de ces recherches, je sentis un amas de lambeaux putrides dans lesquels je crus reconnaître les pieds d'un enfant. Je les tirai, et j'amenai ainsi en dehors la totalité d'un petit cadavre mollasse et presque putréfié. Des gaz s'échappèrent en même temps avec bruit et à plusieurs reprises. Cette femme se rétablit promptement.

La guérison complète de la malade, malgré l'é-

tendue de la déchirure, les désordres consécutifs, est digne de remarque. Il est vrai que, sans l'autorité de l'auteur de l'observation, je pourrais douter de la nature de l'accident et trouver dans les circonstances qui se sont suivies des explications bien incompréhensibles.

77e OBSERV. — Passage de l'enfant dans l'abdomen par une rupture transversale de la partie antérieure du col. Extraction. Guérison.

Une femme âgée de trente ans, petite, d'une constitution délicate, quoique jouissant d'une assez bonne santé, devenue grosse pour la quatrième fois, ressentit de légères douleurs pour accoucher, le 11 septembre 1784. Le lendemain, Douglas la trouva extrêmement inquiète, souffrant des douleurs très-aiguës à la région du pubis. On avait percé les membranes huit heures auparavant, et depuis ce temps, les douleurs s'étaient renouvelées régulièrement. Cependant l'enfant, qu'on sentait distinctement, n'était pas encore engagé dans le bassin. Les douleurs étaient si violentes, qu'à chacun de leur retour cette femme s'agitait en tous sens et se pliait pour ainsi dire en deux. Elle avait le pouls réglé, sans agitation, et ne se plaignait de douleurs que dans les environs du pubis.

Vers les 7 heures du soir, Douglas trouva cette femme pâle, l'air égaré, le visage allongé et inondé d'une sueur froide : pouls très-faible, respiration courte : elle éprouvait de fortes angoisses et tou-

jours la même douleur vers le pubis. Le toucher ne fit découvrir qu'un corps rond et mobile qu'on prit pour la tête de l'enfant. En avançant la main, cette partie cédait à l'impulsion des doigts, et en la portant plus avant, elle pénétrait dans une cavité qui ne ressemblait en rien à celle de la matrice. Douglas reconnut alors qu'il était parvenu dans l'abdomen, et trouva l'enfant placé sur le devant. L'utérus, contracté en forme de calebasse, était en arrière, et les intestins pendaient entre les doigts. Il saisit les pieds et amena l'enfant. Il reconnut bientôt que le placenta était aussi dans le bas-ventre, et il fut contraint de porter les mains une seconde fois pour le chercher. Ce fut alors seulement qu'il reconnut que l'utérus était déchiré transversalement à la partie inférieure et antérieure, un peu au-dessus de l'attache du vagin. Après la délivrance, l'hémorrhagie ne fut pas plus forte que dans les cas ordinaires, mais la malade souffrit toujours à la région pubienne. Elle éprouva dans la suite beaucoup d'accidens qui furent calmés par un traitement méthodique, et elle fut guérie complètement le 27 octobre suivant. En l'examinant alors, Douglas ne trouva rien qui pût indiquer la maladie qu'elle avait précédemment éprouvée. (Anc. *Journ. de méd.* t. LXXVI, pag. 248.)

78e OBSERVATION. — Extraction de l'enfant passé dans l'abdomen par une rupture transversale.

Mme Kay, âgée de trente-trois ans, au terme de sa grossesse, ayant été occupée, le 19 novembre 1802, à un service violent, sentit les membranes se rompre, et les eaux de l'amnios s'évacuer. Les vraies douleurs ne prirent que le soir du 21. La sage-femme, arrivée à minuit, s'aperçut d'un commencement de dilatation à l'orifice. Les douleurs furent violentes et fréquentes toute la nuit, et pendant qu'elles sévissaient, la tête paraissait descendre; mais l'orifice était toujours dur.

Le 22, entre onze heures et midi, la tête de l'enfant semblait être assez basse dans le bassin, lorsque la femme, pendant une douleur, s'écria que quelque chose s'était rompu en elle, et demanda à la sage-femme si elle n'avait pas entendu le bruit d'une déchirure. Aussitôt il sortit un peu de sang par la vulve. Les vomissemens et la difficulté de respirer survinrent; la malade se plaignit de grandes douleurs au ventre, mais le travail cessa. A sept heures du soir, on trouva le pouls peu sensible, et les membres de l'enfant s'offrant distinctement au toucher dans les parois du ventre. La tête était un peu au-dessus du détroit supérieur, qui était spacieux. Les parties molles étaient très-tuméfiées. On appliqua le forceps; mais en rapprochant les branches, la tête s'en échappa, et entra entièrement

dans le ventre. L'accoucheur engagea la main à travers une rupture de l'utérus, et alla chercher un pied de l'enfant au milieu de la masse intestinale.

Il termina l'accouchement en peu de minutes. Il introduisit de nouveau la main pour empêcher aucune portion d'intestin de s'incarcérer entre les lèvres de la déchirure. Celle-ci était immédiatement au-dessus du pubis, et était transversale. Pendant tout le temps que dura la manœuvre, il sortit une grande quantité de sang, et l'hémorrhagie continua encore quelque temps après la sortie de l'enfant. La femme eut des nausées, des vomissemens, son pouls tomba entièrement, et ses extrémités se refroidirent. On lui administra d'une potion spiritueuse et quarante gouttes de laudanum. Après quelques accidens inflammatoires, la femme entra en pleine convalescence, dix-neuf jours après l'accident. (Hamilton, *Select. cas. in midwif*, etc.)

On trouve beaucoup de faits analogues à ceux que nous venons de reproduire. Dans l'un d'eux, Delamotte alla chercher l'enfant dans la cavité abdominale et le ramena par le vagin. Smith, Blundell, Hamilton, M. Cambell, M. Henri en rapportent de semblables.

B. *Symphyséotomie.* On retire aussi l'enfant au moyen de cette opération par les voies ordinaires. Elle a pour but de donner au bassin l'ampleur qui lui manque, à ses diamètres l'étendue nécessaire pour les mettre en rapport avec le volume de l'en-

fant. Mais on est généralement d'accord de lui préférer la gastrotomie, qui expose à moins de désordres, est d'une pratique plus facile, et qui convient à presque tous les cas; tandis que la symphyséotomie ne serait indiquée, dans ceux qui nous occupent, que si la tête était enclavée dans le bassin. On sait maintenant à quoi s'en tenir sur ces prétendus enclavemens, qui, s'ils sont possibles, sont au moins excessivement rares. Nous ne nous arrêterons donc pas plus long-temps sur cette opération, dont la discussion de convenance et les détails n'appartiennent pas d'ailleurs à notre sujet.

C. *Extraction de l'enfant par une route artificielle. Gastrotomie, gastro-hystérotomie.* Enfin l'extraction par les voies naturelles peut n'être pas possible, soit à cause des obstacles insurmontables dépendant d'un défaut trop considérable de proportion entre le volume de l'enfant et les diamètres du bassin, soit, dans les cas de rupture utérine sur-cervicale, parce que le col utérin serait affecté d'altération trop profonde, comme d'engorgement squirrheux ou autre, soit parce que l'enfant étant passé en totalité ou en partie dans l'abdomen, la réduction de la matrice, dont les parois sont devenues inextensibles, et dont les orifices se sont fermés, ne permet plus à la main d'entrer dans ce viscère, et d'aller pénétrer dans l'abdomen à travers la rupture elle-même rétrécie. Cette opération est encore nécessitée quand l'extraction par les voies

naturelles ne pourrait s'obtenir qu'au détriment de l'enfant, en le mutilant : moyen extrême, essentiellement contre-indiqué quand on a quelque espoir de sauver cet être.

Sans doute que les succès de cette opération, qui n'est pas toujours sans danger dans les cas ordinaires, sont encore plus douteux ici, environnée qu'elle est de conditions défavorables, et faite dans des circonstances déja funestes par elles-mêmes. Mais il faut considérer que la mère et l'enfant sont exposés à une mort presque inévitable, et qui ne se fera peut-être pas long-temps attendre; tandis que, par la gastrotomie, l'on peut raisonnablement espérer de sauver au moins une de ces victimes.

Si on ne consultait que l'intérêt de l'enfant, cette opération serait beaucoup plus avantageuse pour sa conservation que l'extraction par les voies naturelles, qui, dans les cas de rupture, ne peut s'opérer sans l'emploi de manœuvres ou d'instrumens qui le violentent et portent nécessairement atteinte à sa frêle existence. Ces derniers moyens demandent ordinairement, pour leur exécution et leur accomplissement, un temps plus considérable qu'il n'en faudrait pour parvenir à l'enfant et l'extraire par l'incision des parois abdominales.

Relativement à la mère, la question de la préférence à accorder à l'extraction de l'enfant par les voies naturelles ou à la gastrotomie a été diversement résolue; nous nous prononcerions pour l'o-

pération. On sait que les plaies des parois abdominales n'offrent par elles-mêmes que peu d'inconvéniens, peu de dangers; on sait que l'on a beaucoup exagéré l'influence du contact de l'air sur les membranes séreuses, et d'ailleurs ce contact peut avoir et a eu souvent lieu impunément dans beaucoup de ruptures utérines, et il serait également provoqué par les manœuvres d'exploration et d'extraction par les voies ordinaires. Si donc l'on compare les dangers seulement traumatiques et conséquemment généralement peu graves attachés à la gastrotomie, aux dangers qui peuvent résulter des désordres, des violences que l'on ne peut éviter de porter dans le péritoine et dans les viscères de l'abdomen pour aller reconnaître, chercher, saisir, retourner et amener l'enfant tombé dans cette cavité, afin de le ramener par les voies naturelles, de quel côté doit pencher la balance? On doit tenir compte, au profit de la gastrotomie, de la faculté que cette opération donne de pouvoir débarrasser la cavité abdominale de tout ce qui s'y sera épanché d'étranger, et dont quelques parties échappent facilement aux recherches par les voies naturelles, ou qui s'épanchent après le retrait de la matrice; nous noterons aussi la possibilité d'un étranglement insurmontable opéré par les bords de la crevasse brusquement rétrécie sur le col de l'enfant, qui ne l'aura traversée qu'en partie. Nous avons déjà démontré la nécessité, dans ces cas, d'ouvrir l'abdomen et d'aller, suivant le conseil

qu'en a donné Crantz, débrider l'ouverture utérine serrée autour de l'enfant, si l'on veut éviter la mort, autrement inévitable, et de la mère et de l'enfant. Nous ajouterons enfin la possibilité d'un étranglement intestinal ou épiploïque par la rupture, après la délivrance par les voies naturelles, circonstance qui nécessiterait la gastrotomie secondaire.

Toutes ces raisons nous semblent militer en faveur de cette opération ; nous sommes intimement convaincu que, faite à temps, elle offrirait plus de chances de salut et pour la mère et pour l'enfant que les tentatives d'extraction par les voies naturelles : nous ne réserverions cette dernière méthode que dans les cas où l'enfant présenterait les pieds au voisinage de la rupture.

Nous ne voyons qu'un motif du rejet de la préférence que nous réclamons pour la gastrotomie, motif puissant, que peu d'hommes auront le courage de braver, c'est la responsabilité. Que par des manœuvres imprudentes, des tentatives malencontreuses d'extraction de l'enfant, un chirurgien sacrifie celui-ci et la mère, il aura un brevet d'impunité; le vulgaire n'aura été témoin que de ses peines, de ses fatigues, tout se sera passé hors de la vue. Mais qu'un homme habile juge une opération indispensable dans l'intérêt de l'un des deux êtres dont l'existence lui est confiée, si un succès complet ne vient pas couronner ses efforts éclairés, il ne

sera qu'un assassin ; et des hommes qui se disent ses confrères, ne seront pas les derniers à l'accuser. L'exemple de Baudelocque, d'autres encore plus récemment arrivés ne sont pas propres à permettre toujours à l'homme de l'art de ne prendre pour guides que ses lumières, sa conviction et sa conscience. Mais, en réclamant l'impunité pour notre art, nous réclamerons aussi la sécurité pour l'humanité. Il n'est malheureusement que trop vrai que la pratique des accouchemens est généralement livrée à l'impéritie et à l'ignorance la plus profonde de sages-femmes sans instruction, d'officiers de santé qui, sortis pour la plupart des rangs de l'armée, n'ont de succès que ceux que le hasard leur donne. Combien ne doivent-ils pas à cette bienfaisante nature, toujours prête à seconder nos efforts, à suppléer à notre ignorance, à corriger nos erreurs, quand elle ne les couvre pas de six pieds de terre! On a déjà fait quelques pas dans l'amélioration de l'instruction obstétricale; il faudrait songer à la compléter. Nous espérons, avec tous nos confrères vraiment dignes de ce titre, que la nouvelle organisation médicale, tout en assurant enfin l'indépendance absolue de notre art, exigera rigoureusement les conditions indispensables de capacité et d'instruction de la part de ceux qui l'exercent.

Il n'entre pas dans notre sujet de donner une histoire complète de la gastrotomie. Nous devons nous borner à la considérer exclusivement dans

ses applications aux cas de rupture de l'utérus, et à faire connaître les modifications que ces circonstances lui imposent et les particularités qu'elles réclament en conséquence.

Nous terminerons par l'exposé des faits qui prouvent ce que l'on est en droit d'attendre de cette opération appliquée aux ruptures utérines.

Quand la femme vient de succomber et que l'on pratique la gastrotomie dans l'espoir de sauver l'enfant, l'incision des parois abdominales doit être faite dans le lieu le plus voisin de l'endroit où se trouve le fœtus, et dans la direction la plus favorable pour sa prompte et facile extraction.

Lorsque l'enfant est présumé mort et que la gastrotomie est indiquée dans le seul intérêt de la mère, on pratique cette opération aux lieux d'élection, c'est-à-dire qui sont reconnus les plus favorables pour éviter des organes importans, comme les artères hypogastriques, en épargner d'autres, comme les muscles. Nous n'avons pas à nous prononcer ici sur la préférence à accorder soit à l'incision de la ligne blanche, soit à celle des parties latérales de l'abdomen.

Le même précepte est applicable aux cas dans lesquels on a l'espoir de sauver et la mère et l'enfant. Les dangers présens ne doivent pas faire oublier les accidens à venir. Il faut aussi, dans tous les cas, avoir égard au siége de la rupture indiqué par la douleur aiguë qui a manifesté sa formation, etc.

L'étendue de l'incision des parois abdominales doit être proportionnée au volume de l'enfant : en général il vaut mieux la faire un peu trop grande que trop petite. L'obligation où l'on se trouverait dans ce dernier cas d'agrandir ensuite la plaie ou de l'exposer à des violences pour l'extraction, rendrait cette réserve plus préjudiciable que ne le serait une longue incision faite du premier coup.

Lorsque la rupture arrive à une époque peu avancée de la grossesse, alors que les produits épanchés de la conception ont de la tendance à se maintenir vers l'excavation pelvienne, on a aussi le choix entre les deux méthodes médiane et latérale.

Les parois abdominales étant ouvertes, on écarte avec précaution les intestins qui se présentent : on va à la recherche de l'enfant, si toutefois il ne se présente pas immédiatement; on le saisit de préférence par les pieds, et on l'amène au dehors; puis on extrait par la même voie les secondines et les caillots de sang.

Mais que doit-on faire lorsque le placenta se trouve retenu dans la cavité utérine et que la crevasse est rétrécie au point de ne plus permettre son extraction par cette voie? Nous conseillerons alors de conserver le cordon le plus long possible; on en fixerait l'extrémité libre à une tige que l'on ramènerait à travers la rupture utérine par le vagin et la vulve; on retirerait aussi le cordon par-là : on

attendrait ensuite la délivrance spontanée par les voies naturelles, ou on la favoriserait par les moyens ordinaires.

L'opération étant terminée, on réunit les bords de l'incision abdominale au moyen de points de suture, en laissant toutefois un espace vers la commissure la plus déclive, dans laquelle on engage une mèche, afin de favoriser l'écoulement des liquides sanguins ou purulens qui pourraient s'épancher ultérieurement dans la cavité abdominale.

On ne saurait trop se pénétrer que le succès de la gastrotomie appliquée aux cas de ruptures de l'utérus, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement, dépend de la promptitude que l'on met à l'employer. On a sauvé quelques victimes par cette opération, mais il est probable qu'on en eût sauvé un bien plus grand nombre, si on l'eût toujours pratiquée dans les cas où elle était évidemment indiquée, et si, lorsqu'on y a eu recours, on ne l'eût pas différée de plusieurs heures.

79e OBSERV. — Rupture du corps de la matrice. Chute de l'enfant et du placenta dans la cavité abdominale. Gastrotomie. Guérison complète.

Le 4 octobre 1767, la femme d'un notaire du Mans, parvenue au terme de sa grossesse, perdit ses eaux. Thibault trouva l'orifice de la matrice à peine entr'ouvert; les douleurs ne commencèrent que dans la nuit suivante : vers les cinq heures du matin, on sentit que la tête de l'enfant

se présentait. Sur les deux heures de l'après-midi, tout annonçait une prochaine et prompte délivrance. Vers les deux heures et demie, la femme se plaignit d'une douleur singulièrement aiguë, mais passagère, vers la partie supérieure et latérale gauche du ventre, après laquelle M. Thibault ne put trouver ni l'enfant ni le placenta dans la matrice. Il jugea dès lors qu'ils étaient tombés dans le ventre : il prévint la femme de cet accident et de la nécessité de se soumettre à la gastrotomie, opération qu'il pratiqua peu de temps après en présence de quatre de ses confrères. Il fit une incision du côté où la douleur aiguë s'était manifestée, et découvrit aussitôt la tête de l'enfant, dont le corps était couché transversalement sur les intestins, les pieds répondant au côté droit. Un des consultans en fit l'extraction, ainsi que du placenta et du sang épanché, pendant que M. Thibault écartait avec ménagement les lèvres de la plaie et s'opposait à l'issue des intestins. On pratiqua trois points de suture en réservant au bas de la plaie une issue convenable aux fluides qui pourraient encore s'épancher, et on appliqua l'appareil ordinaire. L'enfant était mort et le cordon formait trois circulaires sur son col. Si on eût pu opérer la gastrotomie aussitôt qu'on s'est aperçu de l'événement, au lieu d'attendre la convocation et la réunion des autres médecins et chirurgiens de la ville, peut-être l'aurait-on eu vivant.

Le lendemain l'appareil fut levé ; il était rempli de sang : on réduisit une portion d'intestin qui s'était échappée entre le second point de suture et l'inférieur; on en fit un quatrième dans l'intervalle de ceux-ci : on lia l'épiploon qui s'était échappé par l'angle inférieur de la plaie, et on couvrit celle-ci d'un plumasseau chargé de baume d'Arcœus; le tout fut soutenu par des compresses et un bandage convenable.

Point de fièvre alors, mais vomissemens fréquens; ventre fort tuméfié et douloureux. Aucune évacuation ne s'était faite par le vagin, et les urines seules coulaient abondamment. Deux lavemens sont administrés : la nuit suivante, évacuations. Les vomissemens dès lors disparaissent.

Le quatrième jour, il y eut un peu de fièvre. Il parut au bas de l'hypocondre droit une tumeur considérable et douloureuse, qui diminua les jours suivans à mesure que les selles augmentèrent. La plaie était en bon état et la suppuration commençait à s'établir. Le sang cessa de couler par cette voie, le septième jour. Des lochies abondantes, tantôt roussâtres et tantôt jaunâtres, parurent par le vagin, et les seins se tuméfièrent. La portion d'épiploon qu'on avait liée tomba le septième jour, et il y eut un peu de fièvre dans la soirée et le jour suivant, sans que l'état de la plaie en fût altéré en aucune manière. Celle-ci commença à se cicatriser dès le neuvième jour, et on coupa les points de

suture le quatorzième; enfin la guérison fut complète le trentième (1).

78e OBSERVATION. — Gastrotomie opérée avec succès deux fois sur la même femme, à l'occasion de ruptures utérines.

La femme de Charles Dumont, vigneron à Saint-Jean-de-la-Ruelle, près d'Orléans, âgée de trente-un ans environ, d'une forte constitution, et à terme de son quatrième enfant, ressentit les plus vives douleurs pour accoucher, le 8 août 1775, depuis le commencement du jour jusque vers les huit heures du soir; mais, à cette époque, elles cessèrent immédiatement après qu'elle en eut éprouvé une dernière dont la force lui arracha un cri qui effraya les personnes qui l'entouraient, et la plongea dans une syncope. La sage-femme, non moins étonnée, voyant le sang couler, introduisit la main dans la matrice, et fut bien plus surprise encore de n'y plus trouver l'enfant. La femme ayant cessé de souffrir, on attendit jusqu'au lendemain onze heures, et voyant que les syncopes devenaient plus fréquentes, que le pouls était convulsif, et que les extrémités se refroidissaient, on eut recours à M. Lambron, professeur et démonstrateur aux écoles de chirurgie d'Orléans... Il introduisit la main dans la matrice, et reconnut que l'enfant n'y était plus, et était passé dans le bas-ventre. Il remarqua aussi que la saillie du sacrum rétrécissait l'entrée du bassin.

(1) Ancien *Journal de Médecine*, année 1768.

Il proposa la gastrotomie; mais on voulut avoir l'avis de M. Theiseneau, chirurgien d'Orléans, et l'opération ne fut pratiquée que sur les deux heures de l'après-midi, environ dix-sept heures après la rupture.

Le lendemain de l'opération, l'appareil paraissant très-sec, ce qui fit craindre que les matières ne fussent retenues dans le ventre par la trop grande approximation des bords de la plaie, on coupa le point de suture inférieur pour leur donner issue, mais il n'en sortit qu'environ une cuillerée. Le deuxième et le troisième jour n'offrirent rien de remarquable. Aucun écoulement ne se faisant par la plaie, on supprima la bandelette effilée. Le quatrième, les lochies commencèrent à paraître; elles étaient noirâtres et d'une odeur désagréable. La malade n'ayant pas encore été à la garde-robe, on lui administra un lavement qui produisit l'effet qu'on en attendait. Le cinquième, la tuméfaction et la sensibilité du ventre déterminèrent à couper les deux autres points de suture. On ne mit sur la plaie, qui était alors très-sèche, que de la charpie, des compresses, et une flanelle trempée dans une décoction émolliente. Le sixième jour, l'appareil était chargé d'une grande quantité de pus sanieux et fétide. Les bords de la plaie des tégumens étaient écartés de trois travers de doigt; le tissu cellulaire des environs était comme gangrené, tandis que les parties charnues paraissaient bien réunies. On fit

des fomentations avec une décoction de persicaire, dans du vin blanc, qu'on anima d'un peu d'esprit de vin camphré. Le douzième jour, la plaie était belle et vermeille. Les lochies étant putrides et de mauvaise odeur, on fit des lotions dans le vagin avec la même décoction. Jusqu'au vingt-septième jour les lochies se montrèrent plus abondantes et de meilleure qualité. Le ventre se détendit, et cessa d'être douloureux; le sommeil et l'appétit revinrent. La malade semblait enfin toucher au terme de sa guérison; mais dès le 28 ces heureuses dispositions disparurent, et de nouveaux accidens s'annoncèrent avec plus de danger que les premiers. De vives douleurs se firent sentir dans toute la région hypogastrique. Le 29, on y découvrit une tumeur de la grosseur du poing, qui s'ouvrit spontanément quatre jours après, et qui rendit abondamment un pus sanguinolent de mauvaise odeur. Une escarre gangréneuse parut au même endroit, l'ulcère qui succéda à sa chute, pansé avec de la charpie sèche, fut parfaitement cicatrisé dans l'espace de quinze jours.

Pendant le traitement de cet ulcère, la malade rendit plusieurs vers strongles vivans par la bouche et le fondement. Il en sortit également dix-huit du foyer de l'abcès, et huit par le vagin. Malgré cet accident, la femme se rétablit au point qu'elle put se livrer aux travaux de la campagne au bout de six semaines, à compter du moment de l'opération.

Les mamelles, qui ne s'étaient pas tuméfiées dans le cours du premier mois, s'engorgèrent ensuite de lait.

Cette femme redevint enceinte. Le 30 décembre 1779, elle fit appeler M. Lambron. Elle n'avait alors que de faibles douleurs, mais les eaux s'écoulaient. A dix heures du matin, orifice de la matrice entr'ouvert, la tête de l'enfant se présente. Les douleurs augmentèrent; mais au moment où la plus vive se faisait sentir, cette infortunée annonça par un cri singulièrement aigu que son ventre se déchirait. Elle tomba en syncope, et les douleurs discontinuèrent. On sentit l'enfant fuir de l'utérus déchiré. La gastrotomie fut pratiquée au bout de quelques instans.

Le ventre était excessivement douloureux, et l'enfant ne se manifestait pas plus d'un côté que de l'autre. M. Lambron se décida à opérer du côté droit, présumant que la matrice s'était déchirée au même endroit que dans l'accouchement précédent; il fit une incision à un travers de doigt et en dehors de la cicatrice résultant de la première opération. Le péritoine étant ouvert, il n'aperçut que l'utérus et les intestins dont plusieurs circonvolutions étaient adhérentes à la cicatrice ancienne. Il détruisit avec tout le soin possible celles de ces adhérences qui s'opposaient à son but, et il plongea la main dans le côté gauche du ventre en passant au-devant de la matrice, pour aller prendre les pieds de l'enfant

qui était couché le long des vertèbres de sa mère, il en fit l'extraction, de même que du placenta et du peu de sang qui s'était épanché dans l'abdomen. Cet enfant donna quelques signes de vie pendant une demi-heure, mais on ne put le conserver. M. Lambron n'a pu reconnaître dans le cours de cette opération le lieu où la matrice s'était déchirée. Il réduisit les intestins qui étaient sortis; il pratiqua la suture en commençant par l'angle inférieur de la plaie, dont il ne rapprocha les bords qu'à la distance de deux lignes, pour conserver une issue au sang qui pourrait encore s'épancher. Il la couvrit de compresses imbibées de vin chaud; beaucoup de sang sortit par cette ouverture pendant les quatre premiers jours. Au sixième jour, la suppuration était bien établie, et les bords étaient vermeils, mais enflammés. On coupa les points de suture : on s'aperçut que la membrane extérieure des intestins suppurait et que les bourgeons charnus qui s'élevaient de la surface dénudée, se réunissaient à ceux des parties voisines.

L'accident qui avait exigé la gastrotomie, et cette opération elle-même n'eurent que les suites d'un accouchement ordinaire. La femme dormit pendant plusieurs heures dès la première nuit, et ne ressentit que peu de douleurs dans le bas-ventre durant les sept ou huit premiers jours, encore purent-elles être regardées comme des tranchées utérines. Les lochies coulèrent librement dès les premiers

instans par les voies naturelles; elles étaient d'un rouge pâle et sans fétidité. Les seins s'étaient tuméfiés le quatrième jour : le mari téta sa femme et continua de le faire pendant trois semaines. Première selle le huitième jour. La guérison fut prompte et complète.

Enfin cette femme étant redevenue grosse encore après cette seconde opération, dont elle ne ressentait aucune incommodité, accoucha naturellement, le 31 août 1781, d'un enfant bien portant, mais très-petit.

Je pourrais multiplier les exemples de succès obtenus de la gastrotomie dans des cas de ruptures utérines pendant le travail de l'enfantement, analogues à ceux qui viennent d'être rapportés. Je rappellerai seulement ceux observés ou publiés par Sommer. (*Med. Repont. new. ser.*, vol. IV); Neville (*Med. sor of London*, février, 1824); Powel (*Trans. of London*, vol. XII); M. Macenzie (*Lond. Med. Gaz.*, octobre 1830); Fritzel (*Trans. of Island*, vol. I, etc.).

Hystérotomie vaginale. Ce que nous avons dit de cette opération dans tous les cas de rupture de l'utérus pendant la grossesse, est applicable à quelques unes de celles qui ont lieu pendant l'accouchement. Elle présenterait, par exemple, moins d'inconvéniens et de dangers que la gastrotomie dans les cas où la rupture ayant lieu au corps ou au segment inférieur de l'utérus, l'enfant serait en-

core dans la cavité utérine, et que l'événement aurait été produit à l'occasion d'obstacles à l'accouchement résidant au col utérin, ainsi que cela a lieu dans les cas d'occlusion, de rigidité ou de déviation complète du col et des orifices utérins.

Ne peut-il pas aussi arriver tel cas où il serait plus facile et moins dangereux, en cas de chute complète de l'enfant et dépendances dans l'abdomen, d'arriver jusqu'à lui à travers les parois du vagin ou même du rectum?

§ 3. *Extraction du placenta.* Quelquefois ce corps, détaché par l'effet du travail parturitif, sort seul, l'enfant étant retenu en totalité ou en partie dans la cavité utérine, ou ayant été jeté complètement dans l'abdomen, comme dans l'observation de Saucerotte (*Voy.* pag. 234); d'autres fois le placenta reste en sa place première, ou bien il est versé avec l'enfant dans la cavité péritonéale, ainsi que cela est arrivé dans le fait publié par Fleury (*Voy.* pag. 235).

Quand le placenta a conservé ses rapports avec la matrice, son extraction doit suivre celle de l'enfant et par les mêmes voies naturelles ou artificielles, comme aussi quand ce corps a été expulsé avec celui-ci dans l'abdomen.

Mais lorsque le placenta est resté dans la matrice, tandis que l'enfant est tombé dans le ventre, si la gastrotomie est pratiquée, et que le retrait de l'utérus et le resserrement de la déchirure ou

les adhérences de ce corps n'en permettent pas l'extraction par la même voie, il faut, ainsi qu'il a été dit plus haut, ramener le cordon par la vulve à travers la rupture et le vagin au moyen d'une tige solide et flexible; alors cette extraction ultérieure se trouve soumise aux règles ordinaires.

§ 4. Les mêmes règles sont applicables relativement à la voie par laquelle on doit opérer l'extraction du sang, des eaux, etc. épanchés dans la cavité abdominale. Il est urgent de la débarrasser de la totalité de ces matières, quelques parcelles pouvant suffire pour former le noyau de dépôts consécutifs.

2° Traitement relatif à la mère.

§ 1er. *Déplacement intestinal ou épiploïque à travers la rupture.* La chute d'une anse intestinale, à travers une rupture du col utérin ou du vagin, peut se reconnaître et doit être réduite avant de procéder à la délivrance.

Lorsque l'accouchement est terminé naturellement ou artificiellement, il est urgent de s'assurer par l'exploration attentive du vagin, de la cavité utérine et de la crevasse elle-même, si quelque partie d'intestin ou d'épiploon ne s'y serait pas engagée; il faudrait alors la refouler dans l'abdomen et l'y retenir avec les doigts jusqu'à ce que les contractions de l'utérus aient réduit cet organe et rétréci l'ouverture suffisamment pour ne plus laisser d'inquié-

tude sur la récidive du déplacement. On laissera donc, d'après le précepte établi à ce sujet, la main dans la matrice jusqu'à ce que ce résultat soit obtenu.

Cette récidive est plus facile, mais aussi moins inquiétante dans les ruptures du col et du vagin. Là il est encore possible d'obtenir la réduction à travers les crevasses qui ne se rétrécissent pas aussi vite qu'au corps de la matrice. On peut d'ailleurs prévenir le retour du déplacement au moyen d'un tamponnement méthodique.

Quand des signes d'étranglement se manifestent après la délivrance, et lorsqu'il est devenu impossible de pénétrer dans la cavité utérine revenue sur elle-même, la méthode de Pigrai pourrait alors offrir le moyen de détourner les dangers attachés à ce nouvel et redoutable accident. On pratiquerait donc sur la ligne blanche, au-dessus des pubis, une boutonnière ou incision suffisante pour laisser pénétrer les doigts jusqu'à la rupture; on saisirait l'intestin déplacé, et on le tirerait vers la cavité abdominale.

Peut-il se faire que le rétrécissement de la crevasse soit assez fort pour empêcher cette réduction? Ne serait-il donc pas nécessaire, si le cas échéait, d'agrandir l'ouverture faite aux parois abdominales, afin de pouvoir porter le bistouri sur l'étranglement et le débrider? Ne peut-on pas espérer d'arracher par ce moyen la femme à une mort cer-

taine? Je pense qu'il n'y aurait pas à hésiter en pareille circonstance.

§ 2. *Traitement de la faiblesse et des troubles de l'innervation.* L'état général de la malade doit fixer l'attention du praticien. Il ne doit pas être négligé, quelle que soit la détermination que l'on prenne relativement à la délivrance. Il peut même être urgent de songer d'abord aux dangers plus immédiats, plus pressans que court la malheureuse femme. L'épuisement des forces par un travail long et laborieux, ou par les tentatives inutiles de délivrance déjà opérées, ou par la perte plus ou moins considérable de sang, provoque des syncopes redoutables : la violence de la douleur, l'impression néfaste de l'événement portent dans l'innervation un trouble dangereux qui se manifeste par des vomissemens, des convulsions, accidens qui, si on les négligeait, pourraient compromettre le succès des manœuvres ou des opérations que le cas requiert. A moins donc d'indication très-pressante, on ne doit soumettre la femme aux manœuvres ou opérations nécessitées par une rupture de la matrice, qu'après l'avoir mise dans les conditions générales les plus favorables pour qu'elle puisse supporter ces nouvelles atteintes. C'était le sentiment de M. Piet, que nous partageons. On fera donc respirer des émanations stimulantes ou aromatiques : on administrera des boissons légèrement stimulantes, toniques, anti-spasmodiques.

Les opiacés administrés avec prudence, mais sans parcimonie, peuvent être ici d'un grand secours. La médecine anglaise en fait usage avec succès. Quelques cuillerées de bouillon et de bon vin seront aussi données dans le même but. On y fera concourir également les applications chaudes autour des extrémités glacées, les frictions sèches ou irritantes sur toute la surface du corps offrant alors les pâleurs de la mort. Les encouragemens à la malade, un air d'espérance et de conviction, quoique vous en ayez peu, ne sont pas non plus à négliger. On a vu dans l'observation les bons effets de cette méthode préparatoire, sans laquelle la malade aurait pu succomber pendant les manœuvres de sa délivrance.

§ 3. *Traitement de l'hémorrhagie, tamponnement.* L'hémorrhagie externe, soit avant, soit après la délivrance, n'a lieu ordinairement que quand la rupture a son siége au col utérin et qu'elle a envahi les vaisseaux qui l'avoisinent. Le tamponnement peut alors avoir de l'efficacité, mais on ne doit employer ce moyen qu'avec beaucoup de réserve, quand la rupture s'étend jusqu'au péritoine; car alors on empêcherait bien le sang de couler au dehors, mais on favoriserait son épanchement dans la cavité abdominale. Lorsque cette membrane est restée intacte, le tamponnement est plus essentiellement indiqué.

80e OBS. — Déchirure du col et des vaisseaux utérins. Tamponnement.

Smélie, appelé auprès d'une femme qui avait une grande hémorrhagie, et ayant trouvé l'orifice de la matrice dilaté, la délivra. Pendant la manœuvre, l'orifice qui était mince, tendu et rigide, se déchira de côté, ce qui rendit pour le moment la délivrance plus facile. L'hémorrhagie diminua après l'accouchement, mais elle revint deux heures après, cessa de nouveau, et reparut le lendemain sous forme d'une perte qui mit la femme en danger. « Le sang paraissait venir, dit cet auteur, de la rupture de quelque vaisseau de l'orifice de l'utérus. On l'empêcha de couler en introduisant dans le vagin une éponge trempée dans une solution d'alun. La femme se rétablit.

§ 4. *Épanchement sanguin.* La première indication à remplir est d'arrêter les progrès de l'épanchement, de maîtriser l'hémorrhagie. Nous ne reviendrons pas sur les moyens propres à atteindre ce but, et sur lesquels nous sommes entrés précédemment dans des détails également applicables aux cas présens (*Voy.* pag. 115).

J'ajouterai que l'emploi du seigle ergoté pourrait être avantageux dans ces cas. Comme l'hémorrhagie, dans les ruptures du corps de la matrice, provient principalement des décollemens du placenta et résulte de la non rétraction des parois utérines avec

lesquelles cette masse était en rapport, ce médicament a, par sa propriété reconnue hémostatique, et par celle plus puissante de déterminer les contractions utérines, une double action favorable pour ces cas. Cependant il ne serait applicable que si la délivrance était opérée, ou si l'enfant et toutes ses dépendances étant passé dans la cavité abdominale, il n'y avait pas possibilité de le ramener par les voies naturelles.

La seconde indication est de débarrasser la cavité abdominale du sang qui y est épanché. S'il existe encore quelque communication entre les voies génitales et cette cavité, soit que l'utérus ne fût pas encore revenu sur lui-même, soit que la rupture existât au col ou au vagin, c'est par là qu'il faudrait extraire ces caillots et donner issue au sang. Si toute communication se trouve interrompue, la gastrotomie peut devenir nécessaire; mais, je le répète encore, on ne doit s'occuper de l'épanchement que quand on est bien certain que la source en est arrêtée. Autrement, que servirait de lui donner issue? De nouveau sang aurait bientôt remplacé celui qu'on aurait enlevé, et avec d'autant plus de facilité que la présence du premier et l'intégrité des parois abdominales n'offriraient plus un obstacle compressif à l'hémorrhagie.

Quand celle-ci résulte d'une rupture du corps de l'utérus, on peut être certain qu'elle est arrêtée quand cet organe est revenu sur lui-même.

Peut-être même conviendrait-il, après qu'on a mis un terme aux progrès de l'épanchement, de l'abandonner à lui-même, s'il était peu considérable. Il pourrait être résorbé ou expulsé plus tard par un mouvement d'abcédation. Toutefois, le peu d'étendue qu'il suffit de donner à l'incision des parois abdominales ne rendrait pas l'emploi de la gastrotomie fort dangereux dans ce cas.

§ 5. *Traitement de l'inflammation.* L'inflammation, suite inévitable de la lésion dont l'utérus a été frappé, n'offre pas de danger plus grand que celle à laquelle cet organe est exposé dans les accouchemens laborieux ordinaires. Il ne paraît pas non plus que la présence plus ou moins prolongée du sang, des eaux, du fœtus et de ses dépendances dans la cavité abdominale, prédispose davantage, quand on en a fait l'extraction par les voies naturelles ou gastrotomiques, à une phlegmasie bien grave. Nous avons vu aussi que lors même que ces corps étaient retenus dans cette cavité, l'inflammation consécutive ne portait pas toujours un caractère d'acuité et de violence qui rendît cette affection plus immédiatement dangereuse que quand elle succède aux accouchemens naturels.

Mais cette affection ne présente pas toujours ce caractère de bénignité, quels qu'aient été les résultats de la rupture. A part les causes ordinaires, qui même dans les accouchemens naturels prédisposent à la métro-péritonite puerpérale, cette af-

fection, en général grave, se trouve encore ici plus imminente par suite des fatigues et des froissemens résultant d'un travail laborieux, de l'impression et des violences que les matières épanchées, et surtout l'enfant par sa présence et ses mouvemens, ou enfin que les opérations et manœuvres pratiquées pour l'extraire, ont produits sur le péritoine et les viscères abdominaux. Ainsi, quand on est parvenu à délivrer la femme, n'importe par quelle voie, à détruire l'épanchement et à arrêter l'hémorrhagie, il faut se garder d'attendre dans une imprudente expectation l'explosion des accidens inflammatoires. L'attention du praticien doit être dirigée sur l'état des parties génitales, de l'utérus, de l'abdomen. Il doit écarter soigneusement tout ce qui est susceptible de favoriser ou d'exciter le développement de l'inflammation. Ce n'est pas tout d'avoir été accoucheur habile, chirurgien expert, maintenant il faut qu'il déploie les qualités de médecin. C'est en de telles circonstances que l'on sent la nécessité de réunir les connaissances et l'expérience propres à chacune de ces parties de l'art de guérir. Au premier indice d'inflammation, on opposera donc le traitement antiphlogistique, dont on proportionnera l'appareil à l'imminence de l'affection, à son intensité et à son étendue. On ne s'attend pas que nous entrions dans des détails sur les règles qu'exige ce traitement; elles ne diffèrent en rien de celles que réclament la métro-péritonite dans

les cas ordinaires. Je dirai seulement qu'on ne doit pas s'attacher à des demi-moyens, mais combattre hardiment, largement et surtout promptement une maladie dont le développement est souvent si intense, la marche si rapide, et la terminaison si promptement funeste.

Lors même que tout ou partie des corps épanchés dans l'abdomen n'en aurait pas été extrait, l'observation rigoureuse de ces préceptes pourrait encore avoir d'heureux résultats; en modérant l'inflammation, on pourrait favoriser la formation d'un kyste pseudo-membraneux, obtenir que l'habitude fasse supporter aux organes abdominaux le contact des matières épanchées, et attendre, avec le moins d'accidens possibles, le moment où la nature manifesterait l'intention d'expulser les corps étrangers.

3o Traitement des accidens consécutifs.

Lorsque les premières heures, les premiers jours sont passés, pratiquera-t-on la gastrotomie alors que l'inflammation est développée? Ne courra-t-on pas alors les risques d'en accroître l'intensité? Ne serait-il pas plus prudent de la combattre d'abord si ses phénomènes inflammatoires présentaient encore un caractère alarmant, et de la rappeler aux limites du rôle protecteur qu'elle doit remplir? Plus tard, doit-on respecter l'habitude que les viscères

semblent avoir contractée de supporter sans grands inconvéniens la présence des produits épanchés? Attendra-t-on que la nature indique par le développement d'abcès, les points qu'elle a choisis pour l'élimination de ces corps? ou bien ira-t-on inciser les parois de l'abdomen, et fouiller dans sa cavité, au risque de détruire des rapports favorables, et par ces nouvelles violences de réveiller des accidens hémorrhagiques ou phlegmasiques plus formidables que ceux que l'on veut prévenir ou combattre? Ne s'exposerait-on pas aux mêmes résultats dangereux en cherchant à extraire complètement les corps épanchés, et souvent comme incrustés au milieu des viscères abdominaux, et jusque dans leur tissu? N'est-il pas plus avantageux de n'extraire que la partie des fragmens dont la nature provoque l'expulsion par un travail éliminatoire?

On ne peut établir de préceptes fixes relativement à ces différentes questions de haute thérapeutique. C'est au praticien à choisir la marche et les moyens que lui suggèrent les circonstances extrêmement variées qui se présentent. La conduite que l'on a tenue dans les différens cas qui ont trait aux abcès consécutifs, à la sortie et à l'extraction de fragmens de fœtus, etc., et dont nous avons rapporté les nombreuses histoires, peut servir de guide mieux que ne le feraient les règles inévitablement incomplètes que nous pourrions tracer.

DEUXIÈME DIVISION.

RUPTURES ET DÉCHIRURES DE LA RÉGION MOYENNE DU VAGIN.

Les solutions de continuité du vagin produites pendant l'accouchement, à part celles qui ont leur siége dans le tiers supérieur ou l'extrémité péri-utérine de ce conduit, et dont nous nous sommes occupé précédemment, sont loin de présenter les caractères de gravité attachés à celles qui affectent et cette région et la matrice. Il n'en résulte aucun inconvénient pour l'enfant, qui souvent même se fraie par leur moyen une voie plus facile et plus prompte au dehors; elles ne compromettent pas non plus les jours de la mère. Mais si le plus ordinairement les résultats de ces déchirures sont sans inconvéniens immédiats notables, ils entraînent quelquefois à leur suite des infirmités désagréables, dégoûtantes, qui viennent empoisonner l'existence des malheureuses qu'elles affectent, et leur rendre la vie à charge. Sous ce rapport donc, ces blessures sont encore dignes de fixer l'attention des hommes de l'art, et méritent qu'ils s'occupent des moyens propres soit à les prévenir, soit à détourner leurs déplorables conséquences, soit enfin à les combattre

et à les détruire, si on n'a pas pu ou su d'abord les empêcher.

Comme les ruptures des régions parturitives plus profondes, celles du vagin ont lieu par traction, par distension, par pression immédiate, ou par pénétration d'instrumens vulnérans. La traction est déterminée par le retrait de la matrice sur l'enfant, ou par le refoulement de cet organe dans les tentatives manuelles ou instrumentales faites dans l'intention de favoriser ou de terminer l'accouchement. La distension résulte de la présence et du passage de l'enfant, qui exerce aussi sur ce canal une pression variable. Enfin le jeu des mains et des instrumens, comme le forceps, le levier, les crochets, etc., peuvent déchirer directement ses parois membraneuses. Les ruptures et les déchirures produites par ces dernières causes ne sont ni les moins fréquentes ni les moins graves.

Le vagin, considéré pendant la période de travail de l'accouchement correspondant au passage de l'enfant à travers ce canal, présente deux régions bien distinctes quant à leur direction, à leurs rapports anatomiques, au rôle qu'elles jouent dans ces derniers temps de l'accouchement. Les ruptures y présentent aussi des caractères différens quant au mécanisme de leur production et à leurs résultats, etc. L'une de ces régions représente la partie moyenne ou le corps du canal vaginal; l'autre est formée par son extrémité inférieure correspondant

à l'anus, au périnée, et se terminant par la vulve. Il m'a paru utile d'étudier les ruptures et les déchirures dans chacune de ces régions séparément.

La région moyenne du vagin représente une zone correspondant au pubis, au sacrum, aux ischions, en un mot à l'excavation du bassin. Là le canal vaginal, retenu dans les limites que lui assignent les parois osseuses qui l'environnent, ne saurait éprouver de rupture par distension latérale, à moins d'un état de rigidité anormale ou pathologique de ses tissus. Il est plus facilement exposé aux ruptures résultant du refoulement de ses parois par la tête de l'enfant, tandis que le retrait de la matrice les retient ou les attire en en haut. Ce refoulement est favorisé par les replis transversaux dont est sillonnée la membrane muqueuse, et qui, s'ils sont nécessaires à l'ampliation du vagin, favorisent les déchirures en servant d'arc-boutant, comme l'a fort judicieusement remarqué M. Dugès.

Remarquons que cette première portion du canal vaginal et des parois osseuses pelviennes se trouve dans le même axe que celui de l'utérus pendant le travail d'expulsion.

CHAPITRE Ier. — CAUSES.

ARTICLE PREMIER. Causes prédisposantes.

Dans un accouchement ordinaire, mais qui, ar-

rivé à cette période, se prolonge, la présence de la tête dans cette région, et la pression qu'elle exerce sur les parois vaginales, sont susceptibles d'y déterminer des altérations phlegmasiques, sphacéleuses, qui disposeront les points qui en sont le siége à être déchirés dans les mouvemens subséquens de progression de l'enfant : ou bien, ces altérations donneront lieu consécutivement à des perforations. Or, comme l'excavation osseuse du bassin, quoiqu'ayant des diametres égaux en tout sens, se trouve rétrécie dans le sens antéro-postérieur par le rectum d'une part, et la vessie et le canal de l'urètre d'autre part; comme enfin, lorsque la tête arrive dans cette excavation, elle tend à présenter les plus grands diamètres d'avant en arrière, il résulte de tous ces rapports, que les parties antérieures et postérieures du vagin se trouvent plus exposées aux pressions, aux frottemens produits par la présence et le passage de la tête, et par conséquent plus exposées aux ruptures et aux altérations prédisposantes. Et en effet, le canal de l'urètre fait saillir le vagin d'une manière remarquable. Cette saillie, refoulée par la tête de l'enfant, vient souvent se présenter à la vulve sous forme d'une tumeur rosée, sillonnée transversalement, et qui masque plus ou moins complètement le sinciput. Or, le vagin, l'urètre, le bas-fond de la vessie se trouvant alors comprimés, tiraillés, refoulés au-dessus de ce bourrelet par la progression de l'enfant et la pression

qu'il exerce contre le pubis, sont menacés de se rompre : ou bien ces parties sont frappées d'altérations prédisposantes aux fistules consécutives vagino-vésicales ou urétrales.

La saillie du rectum n'est pas aussi marquée dans son état de vacuité. Mais outre que la présence de matières stercorales, dures, peut la rendre très-considérable, et produire en arrière les mêmes résultats que la saillie urétrale occasionne en avant, on remarquera que c'est surtout contre cette région que presse la tête de l'enfant d'après la direction que l'obliquité naturelle du détroit supérieur et de la matrice imprime aux efforts d'expulsion. De là aussi la plus grande fréquence des ruptures vaginales en arrière, ainsi que des fistules recto-vaginales, soit immédiates, soit consécutives à la meurtrissure, à l'inflammation, à la suppuration et à la gangrène des parties pressées.

A ces causes prédisposantes normales, il s'en joint souvent de non ordinaires, dépendant, 1° de l'enfant : ainsi une tête volumineuse; 2° du vagin : ainsi son état de rigidité, l'existence de brides, de cicatrices dures; 3° du bassin : ainsi l'étroitesse de ses diamètres par vice de conformation ou le développement de tumeurs osseuses à la surface interne de l'excavation.

CHAPITRE II. — CAUSES DÉTERMINANTES.

On sait déjà qu'elles consistent dans la distension ou la pression déterminées, soit par l'enfant, soit par la main ou les instrumens obstétricaux.

La nature prévoyante n'opère que graduellement le travail d'expulsion fœtale, afin de laisser aux parties que l'enfant va traverser, le temps de se disposer et de prêter à la distension, aux frottemens et aux pressions qu'elles vont avoir à subir. Pour cela, elle dirige, accumule et répand une plus grande abondance de fluides onctueux dans les voies de la parturition, pour assouplir les tissus, favoriser le glissement de l'enfant contre leurs surfaces, et les défendre ainsi des effets du frottement.

Si un travail actif précipite l'enfant dans le canal excréteur avant que ces heureuses dispositions aient eu le temps de s'y établir, il sera exposé à se rompre, à se déchirer. Trop souvent on provoque ce déplorable résultat en excitant la femme à des efforts intempestifs d'expulsion; on cherche aveuglément à le favoriser en agissant directement sur le canal vaginal que l'on irrite par des touchers répétés, par des tentatives précoces de dilatation. On enlève ainsi les mucosités protectrices qui le lubrifiaient. Les parties s'enflamment, perdent leur souplesse, acquièrent de la friabilité : comment

résisteront-elles à la pression, à la distension, aux frottemens que produira la tête de l'enfant, qu'elle soit poussée par les efforts de la femme, ou qu'on l'amène avec les instrumens? Non seulement on prédispose ainsi aux déchirures, mais on peut aussi les déterminer par ces manœuvres inconsidérées, et qui le plus ordinairement, si ce n'est pas toujours, produisent des effets contraires à ceux que l'on se proposait d'en obtenir. Combien d'accouchemens qui eussent été faciles et naturels, si on les avait abandonnés à eux-mêmes, ont été rendus laborieux, interminables sans les secours des moyens extrêmes, et quelquefois funestes à la mère et à l'enfant!

81e OBSERV. — Déchirure du vagin et de la vessie par des tentatives de dilatation.

Champenois rapporte, d'après M. Thiron, que deux sages-femmes voulant dilater le vagin pour favoriser l'accouchement d'une femme en travail, déchirèrent ce canal ainsi que l'urètre et la vessie, de telle manière qu'on pouvait introduire la main entière dans ce dernier viscère. La femme survécut à cet acte d'impéritie. Il lui resta une fistule contre laquelle on ne fit rien et qui la rendit très-infirme. (*Dict. des Sc. méd.* t. LVI, p. 463.)

ARTICLE II. Résultats.

§ 1. Les lésions du vagin produites par l'accouchement se bornent assez souvent à de simples érosions superficielles. D'autres fois, des lambeaux plus ou moins étendus et épais se détachent et sont entraînés avec l'enfant, ou bien ils adhèrent par un pédicule plus ou moins large, et pendent hors de la vulve. Ils deviennent alors la source d'incommodités désagréables et douloureuses. La compression que ces lambeaux éprouvent quand la femme est assise, les frottemens que lui imprime la marche, les violences que les approches conjugales occasionent, y développent de la douleur, de l'inflammation. J'ai vu plusieurs fois cette infirmité prise pour des excroissances vénériennes, traitée en conséquence à diverses reprises et sans succès par des anti-syphilitiques. L'ablation avec des ciseaux ou un bistouri en fait promptement justice.

On verra dans une observation que je donne plus loin, que la presque totalité des parois du vagin est tombée en lambeaux déchirés ou sphacélés par suite d'un accouchement laborieux, dans lequel les manœuvres ont eu la plus grande part à la production de cet accident. La déchirure peut affecter une forme arrondie, linéaire, ovale, transversale, longitudinale, plus ou moins oblique. Elle peut être à bords réguliers ou frangés.

La solution de continuité ne vient quelquefois que consécutivement et résulte de la fonte purulente ou putrilagineuse d'une partie enflammée par les violences dont elle a été le siége pendant l'accouchement, ou de la chute d'une escarre déterminée de la même manière : il y a alors perforation.

Tant que ces solutions primitives ou consécutives n'affectent que les parties latérales du vagin, ou ne s'étendent pas au-delà des parois de ce canal, elles ne produisent point d'accidens notables et peuvent passer inaperçues. Cependant, si elles ont détruit une étendue assez considérable du vagin, les cicatrices qui en résultent forment des cloisons plus ou moins épaisses et résistantes, des brides inextensibles, et dans tous les cas des rétrécissemens qui apportent des obstacles aux accouchemens suivans et deviennent des causes de nouvelles déchirures. Cependant j'observerai que l'on a beaucoup exagéré l'influence défavorable de ces rétrécissemens accidentels. Un grand nombre de faits prouvent que l'accouchement a pu s'opérer sans accident et sans qu'on ait eu besoin de recourir aux instrumens, dans des cas de rétrécissemens extrêmes et profonds du canal vaginal, produits par les désordres dont il avait été le siége à un accouchement précédent. Nous en citerons plus loin un exemple qui nous est propre.

§ 2. *Hémorrhagie.* Il est rare que les ruptures ou déchirures du canal vaginal donnent lieu à des

hémorrhagies abondantes. Cependant cet accident n'est pas sans exemple. Le professeur Boër, de Vienne, rapporte dans son journal deux observations de déchirure profonde du vagin qui fut suivie d'une hémorrhagie grave, et d'une infiltration sanguine dans le tissu cellulaire du bassin, des grandes lèvres et des fesses. A ce premier accident ont succédé l'inflammation et une suppuration désastreuse. Il arrive le plus ordinairement que le sang, au lieu de s'épancher au dehors, s'infiltre dans le tissu cellulaire sous-vaginal et s'accumule dans les grandes lèvres, qu'il distend parfois d'une manière extraordinaire. Ce thrombus, sur lequel M. Deneux a fait un très-beau Mémoire, provient le plus souvent, je le sais, du décollement du vagin, du froissement, du déchirement du tissu cellulaire et des vaisseaux variqueux sous-jacens, sans que la continuité de ce canal ait été lésée. Mais l'observation de Boër et un fait que j'ai observé prouvent que cet événement peut avoir lieu, quoique le vagin présente une déchirure plus ou moins grande.

82e OBSERVATION. — *Thrombus à la suite d'une déchirure du vagin.*

Mme *** a eu trois accouchemens difficiles, bien que ses enfans fussent petits. A sa troisième couche, elle mit au monde un enfant beaucoup plus fort que les précédens, mais non sans des efforts considérables. Le lendemain elle se plaint de gêne pour uriner, d'un sentiment incommode de pesanteur

et de gonflement dans les parties : on attribue ces accidens au gonflement inflammatoire de la vulve résultant des violences qu'elle avait eues à supporter. Cependant la tumeur affectant la lèvre gauche faisait des progrès; elle était indolente, un peu mollasse. La sage-femme me demande conseil. Je trouve cette partie du volume d'un gros cédrat, d'un bleu livide, fluctuante, et je reconnais facilement un thrombus. En comprimant cette tumeur, elle s'affaissait en partie, et en même temps du sang noir s'écoulait par la vulve, remarque que la sage-femme avait déjà faite. Néanmoins, je fis une incision à la partie la plus déclive de ce dépôt. Une quantité énorme de sang noir et caillebote s'en écoula. J'introduisis une sonde de femme dans le foyer, le bec sortit dans le vagin à un demi-pouce environ des nymphes. Cette ouverture transversale avait plus d'un pouce d'étendue; elle traversait obliquement de haut en bas la membrane muqueuse, puis l'enveloppe fibro-celluleuse, de sorte qu'il en résultait un cul-de-sac, une sorte de valvule profonde dont l'aire était dirigée en en haut. L'entrée de cette ouverture devait se trouver bouchée par le fait seul du rapprochement des parois vaginales, ce qui favorisait le séjour et l'infiltration du sang dans le fond de cette déchirure : de là le thrombus. Cet accident n'eut pas de suites.

Dans ces cas, l'incision de la tumeur à la partie la plus déclive, puis la compression, sont des

moyens efficaces pour arrêter les désordres et guérir ce genre d'accidens.

Les ruptures ou perforations qui ont lieu soit en avant ou en arrière du canal vaginal, présentent des caractères particuliers de gravité. Là, en effet, elles s'étendent facilement à la vessie, au canal de l'urètre, au rectum, organes dont les parois sont accollées à celles du vagin, et qui sont facilement comprises, ou dans les déchirures, ou dans la mortification qui frappent ce canal; dans tous les cas, une communication déplorable s'établit, soit immédiatement, soit consécutivement entre ces organes et le vagin; de là des fistules vésico et urétro-vaginales ou recto-vaginales; de là l'écoulement incessant et involontaire des urines ou des matières fécales par la vulve. Les douleurs, l'irritation, l'inflammation que ces matières produisent par leur contact sont les moindres des inconvéniens de cette dégoûtante infirmité; elle fait le désespoir des femmes qui en sont affectées; elle empoisonne leur vie; et souvent même, minées par l'inquiétude et le chagrin, elles tombent dans le marasme, et s'affaissent dans une noire et profonde mélancolie.

ARTICLE III. Signes.

Les parties affectées étant accessibles au toucher et à la vue, soit directement, soit au moyen du spéculum, il est très-facile de s'assurer du siége et

de la nature de la déchirure, quand quelque accident vient en révéler l'existence. La nature des matières excrémentielles qui salissent le vagin, et s'échappent par la vulve, accuse une communication entre les organes excréteurs de ces matières et le vagin. L'emploi de la sonde vient lever tous les doutes et éclairer aussi sur le siége et la direction de la fistule.

§ 1er. *Signes des fistules vésico et urétro-vaginales.* Le vagin, la vulve et les cuisses constamment humectés par l'urine, ce fluide irritant, se couvrent d'érithèmes, de pustules, d'ulcérations plus ou moins profondes. On ne confondra pas ces accidens avec des symptômes de syphilis, méprise qui, au rapport de M. Dugès, a été commise par un médecin. Pour s'assurer de l'existence et du siége précis de l'ouverture, on introduit une sonde métallique ou une algalie de femme dans le canal de l'urètre, en même temps on suit avec le doigt indicateur de l'autre main introduit par la vulve, le bec de l'instrument à travers les parois vaginales. L'instrument doit être introduit lentement, et dirigé dans tous les points des parties à explorer; son extrémité rencontrant l'ouverture de communication, s'y engage et vient faire saillie dans le vagin, ou toucher immédiatement le doigt. Lorsque la fistule est placée trop haut, au-delà de la portée du doigt, on le remplace par une lame métallique ou gorgeret auquel on fait parcourir avec attention la paroi antérieure du va-

gin jusque dans son fond, jusque dans le col utérin même, en suivant la direction des voies urinaires. La collision sonore des deux instrumens qui se rencontrent, annonce que la communication présumée existe, et indique son siége et sa hauteur.

On pourra d'avance distinguer la fistule vésico-vaginale de l'urétro-vaginal, en ce que, dans le premier cas, l'écoulement des urines doit être continuel, tandis que dans le second il n'a lieu qu'au moment de l'émission ordinaire.

Quant à la forme et aux dimensions de l'ouverture, M. Lallemand a imaginé, pour en avoir une représentation exacte, d'en prendre l'empreinte avec un morceau de cire à mouler.

Dans les cas de fistule *vésico-vaginale*, la guérison peut s'opérer à la longue si l'ouverture est étroite; Mauriseau et Hildanus en fournissent des exemples; M. Gravis, dans une thèse soutenue en 1832 (page 18), en rapporte également; mais le plus ordinairement la vessie se resserre, la cavité disparaît presque entièrement, et cet organe se renverse même à travers l'ouverture fistuleuse (Mauriseau, Schmitt). L'urètre, dans tous les cas, devenu inutile, finit par s'oblitérer, ce qui enlève tout espoir et toute possibilité de guérison (Saucerotte, Percy, M. Dugès).

§ 2. *Signes des fistules recto-vaginales.* On emploie les mêmes moyens explorateur pour reconnaître le siége des fistules recto-vaginales, où

le doigt peut remplacer avec avantage la sonde que l'on introduirait dans le rectum ; mais elle devient nécessaire quand la communication est placée trop haut. Au reste, c'est surtout dans ces derniers cas que le spéculum offre de précieux avantages ; on peut, par son moyen, explorer toute l'étendue du canal vaginal jusque dans ses moindre replis. Aucun point n'échappe à la vue, qui distinguera facilement une très-petite ouverture; on ira ainsi la découvrir jusque dans le fond de ce canal.

Les injections ne sont pas non plus à dédaigner; elles peuvent fournir, sur le siége de la fistule, des indications qu'on ne pourrait obtenir aussi précises par tout autre moyen. Ainsi la matière des lavemens qui ne reviendrait pas par le vagin dans le cas de fistule stercorale bien évidente du reste, indiquerait que ce n'est ni avec le rectum ni avec les gros intestins qu'existe la communication, mais qu'elle a lieu avec les intestins grêles. La nature des matières qui s'échappent par la fistule fournit aussi un signe plus ou moins certain des régions intestinales qu'elle compromet; ces matières sont liquides, jaunâtres quand elles proviennent des intestins grêles; elles sont plus épaisses ou contiennent des parcelles de matières fécales formées quand la fistule envahit un point des gros intestins, et notamment du rectum. C'est par la combinaison judicieuse de ces divers moyens d'exploration que M. le professeur Roux est parvenu à reconnaître le siége d'une fistule qui

établissait une communication entre le fond du vagin et le col de l'utérus avec l'intestin grêle (*Voy.* obs. 84).

Si les gaz qui se forment dans les intestins grêles différaient bien essentiellement de ceux qui se trouvent dans les gros intestins, ils pourraient aussi donner quelque signe sur le siége de la fistule; il suffirait, pour les obtenir, de plonger la malade dans un bain, et de coercer les gaz qui s'échapperaient de la vulve, au moyen d'une cloche, et de les analyser ensuite.

ARTICLE IV. Traitement des ruptures ou déchirures du canal vaginal et de leurs suites.

§ 2. Traitement préservatif. *Abandonner l'accouchement aux seuls efforts de la nature, toutes les fois qu'aucune circonstance ne réclame essentiellement les secours de l'art.*

En suivant ce précepte applicable à toutes les périodes de la parturition, combien n'éviterait-on pas d'accidens, et notamment du genre de ceux dont il est ici question! Tous les secours doivent tendre, non à forcer la délivrance, et à provoquer la trop prompte sortie de l'enfant, mais à la faciliter: 1° en respectant les mucosités qui lubrifient le vagin; 2° en y ajoutant ou y suppléant par des injections mucilagineuses; 3° en ne faisant des tentatives de dilatation, dans le cas de rigidité, que graduellement; 4° en détruisant, par des mouchetures ou des

incisions plus ou moins profondes, les cicatrices et les brides qui, par leur résistance, s'opposeraient à la dilatation du vagin et au passage de l'enfant. C'est ainsi que le docteur Stéphen Willams (*Gazette médicale*, 1823, page 925) a pu, chez une femme dont le vagin était considérablement rétréci par d'anciennes cicatrices, lui rendre l'ampleur suffisante à la délivrance par des débridemens. Je remarquerai à ce sujet qu'il ne faut pas trop se méfier de l'inextensibilité plus apparente que réelle de ces anciennes cicatrices. L'expérience prouve que les brides devenues fibreuses, dures et tenaces, peuvent néanmoins céder sans se rompre à une distension progressive, même à celle opérée brusquement. Le fait suivant, que j'ai publié dans la *Gazette médicale*, en fait foi.

83e OBSERV. — Déchirure, sphacèle de la presque totalité du vagin. Rétrécissement extrême. Accouchement spontané.

Mme Mayer, israélite, âgée de vingt-trois ans, brune, d'une stature moyenne, d'une bonne complexion, a un premier accouchement très-long et très-laborieux. Il y avait plus de 48 heures que le travail était en activité, quand MM. les docteurs Caen et Olivier, qui assistaient cette dame, me firent appeler.

Les parties sexuelles étaient tuméfiées, le vagin sec et chaud, le col utérin effacé, mais la dilatation de l'orifice était encore incomplète. Ce ne fut que 36 à 40 heures après l'emploi des moyens indiqués en pareille circonstance, et quelques nouvelles ten-

tatives infructueuses, que l'on parvint à appliquer convenablement le forceps, et à amener un enfant mort à travers le vagin et la vulve qui était considérablement tuméfiée. Le périnée fut assez profondément déchiré. Une perte inquiétante, due à l'inertie de la matrice, mit pendant quelque temps la vie en danger. On parvint à s'en rendre maître. Le vagin fut frappé d'inflammation, et bientôt des flots de pus s'en échappèrent, entraînant des lambeaux sphacélés de. membrane muqueuse. Quelques uns de ces lambeaux avaient jusqu'à deux pouces et demi de longueur sur un pouce à un pouce et demi de large. Quand je revis la malade, plusieurs de ces lambeaux pendant hors de la vulve adhéraient encore à l'isthme du vagin par une de leurs extrémités.

Grâce à sa jeunesse, à sa force, à sa bonne constitution, ainsi qu'aux soins aussi éclairés qu'assidus que lui prodigua M. le docteur Caen, cette dame se rétablit complètement.

Quinze mois après ces événemens, M. Mayer vint me solliciter pour que je me chargeasse de l'accouchement de sa femme, redevenue enceinte, et l'étant alors de cinq mois. Curieux de connaître ce qu'était devenu le conduit vaginal d'après les désordres dont il avait été le siége à la suite de l'accouchement précédent, je fus à l'instant même pour m'en assurer.

L'entrée du vagin me parut, au premier abord,

complètement oblitérée au niveau des nymphes; mais en cherchant avec attention, je sentis au centre de cette espèce de cul-de-sac une dépression circulaire infundibuliforme se terminant en une ouverture beaucoup trop étroite pour admettre l'extrémité du doigt indicateur avec lequel j'explorais. Une sonde de femme put seule y entrer et pénétrer dans un canal dont l'étroitesse devait être égale à celle de cette ouverture; car on ne pouvait imprimer à l'instrument que des mouvemens très-bornés de bascule et de circumduction. Seulement, le bec de la sonde était arrêté d'espaces en espaces assez rapprochés par des anfractuosités dont la profondeur ne paraissait pas dépasser de deux à quatre lignes. Ce ne fut que quand cette sonde eut traversé environ un pouce et demi de ce canal anfractueux qu'elle put être assez facilement inclinée dans tous les sens, ce qui indiquait qu'elle était parvenue au-delà du rétrécissement, et que là le vagin reprenait son ampleur ordinaire.

Le mari ne pouvait revenir de l'étonnement dans lequel l'avaient jeté les premières apparences de la grossesse de sa femme, n'ayant jamais pu, malgré ses tentatives réitérées et toujours douloureuses pour madame, faire pénétrer le pénis au-delà de la vulve. Tous deux ne concevaient pas comment la fécondation avait été possible, et il fallut les mouvemens bien manifestes de l'enfant pour les convaincre.

Les excrétions urinaires et stercorales n'avaient jamais présenté de dérangemens notables, ni aucune déviation.

Je prévoyais de grands obstacles à l'accouchement et devais craindre des accidens. Je les déclarai, et témoignai expressément le désir de m'associer quelques uns de nos célèbres accoucheurs. Ma proposition fut rejetée à mon grand regret. Force étant de me soumettre à assumer sur moi toute la responsabilité, voici la conduite que je tins.

Je pratiquai une saignée de 12 onces, pour lors réclamée par des signes de pléthore générale. Cette opération fut répétée, mais moins forte, toutes les quatre à six semaines, de manière qu'il y en eut quatre de faites jusqu'au terme de la grossesse. (*Bain de siége de deux heures tous les jours; un à deux grands bains par semaine; introduction dans le canal rétréci de cylindres d'éponge préparés par compression; injection, souvent renouvelées de décoctions mucilagineuses; alimentation douce, mais suffisante; exercice modéré; encouragement.*)

Au septième mois je n'avais encore obtenu qu'une dilatation juste suffisante pour admettre mon doigt indicateur, dont la grosseur est peu considérable. Ce toucher confirma la nature et l'étendue du désordre dont la sonde ne m'avait donné qu'une idée approximative. Le rétrécissement formait en effet un canal de près d'un pouce et demi de profondeur; ses parois, inégales, anfractueuses, étaient circon-

scrites par des brides plus ou moins épaisses, des replis sygmoïdaux obliquement et horizontalement placés et diversement entrecroisés, laissant entre eux des espèces de ventricules plus ou moins profonds. Quelques uns de ces replis étaient simples et comme tortueux; tous les autres étaient lisses et offraient de la résistance; mais leur dureté, comme cartilagineuse, pouvait être plus apparente que réelle, et dépendre de leur plus ou moins grand degré de tension. Au-delà de ce rétrécissement, le fond du vagin, dans lequel je pus promener la dernière phalange du doigt explorateur, était ample et sain. Je sentis l'utérus développé, mais je ne pus parvenir au col, probablement dirigé en arrière et en en haut.

Le terme de la grossesse approchant, j'insistai davantage sur l'emploi des moyens précités. Les bains de siége furent prolongés de cinq à six heures matin et soir. Mme Meyer passait, pour ainsi dire, toutes ses journées dans l'eau.

Arrive enfin le moment redouté autant pour moi, qui en prévoyais toutes les funestes conséquences possibles, que pour la dame remplie de confiance, de courage et de résignation.

Je préparai bistouris boutonnés, sondes canulées, ligatures, pinces, forceps, etc., enfin tout ce que pouvaient exiger les éventualités. Je plaçai Mme Meyer en travers de son lit, les épaules, le dos et la tête soulevés par des oreillers, le bassin sur le bord

du lit, et les pieds appuyés sur deux chaises. De cette manière les voies de parturition libres et en évidence se trouvaient entièrement à ma portée.

A mesure que les douleurs avancent, des mucosité glaireuses s'échappent à travers le canal rétréci, l'humectent et assouplissent sensiblement les brides qui fermaient ses parois. Je maintiens, appliquée contre la vulve entr'ouverte, une éponge imbibée d'eau chaude, pour que la vapeur aille coopérer aux mêmes résultats. Les douleurs deviennent plus fortes, plus prolongées et sont bien espacées. Le col utérin effacé se rapproche du centre du bassin et du rétrécissement, la dilatation de l'orifice s'effectue graduellement : elle permet de sentir la tête de l'enfant en première position. Les membranes se tendent et refoulent l'ouverture interne du rétrécissement, qui cède quelque peu et se rapproche de l'externe; dès lors il y a raccourcissement progressif de ce rétrécissement par ce double acte de dilatation et de refoulement. Mais arrivée à ce point, la matrice, fatiguée d'efforts insuffisans, cesse de se contracter aussi activement, les douleurs se ralentissent. Je ne fus pas trop contrarié de cette suspension qui devait donner le temps aux tissus cicatrisés et endurcis de se laisser pénétrer et ramollir par l'abord des fluides, qui empreignent et lubrifient avec plus d'abondance les parties sexuelles pendant le travail de l'enfantement. Les obstacles pourraient ainsi être plus disposés à céder quand

viendrait le réveil des douleurs. Le pouls s'était développé, le ventre était devenu sensible à la pression : je pratiquai une saignée de huit à dix onces. Après une heure de repos, les contractions utérines réapparaissent plus intenses; les membranes bombent fortement au fond du rétrécissement; je les perce à l'aide d'une aiguille de matelassière (carrelet), conduite le long du doigt et dirigée par lui pour protéger la tête de l'enfant. J'engage Mme Meyer à retenir ses efforts volontaires, de peur qu'une impulsion trop violente n'occasionne quelque rupture dangereuse. J'injecte, dans l'intervalle des douleurs, une décoction très-épaisse de graine de lin. La tête de l'enfant tend à refouler et à dilater le rétrécissement, dont l'élargissement et le raccourcissement s'opèrent lentement. Plusieurs fois j'avais saisi la sonde canulée et le bistouri pour diviser des brides qui paraissaient présenter un obstacle, mais une nouvelle douleur semblait diminuer cette résistance, et j'attendais encore. Peu à peu le canal rétréci se trouve déprimé au point de ne plus former qu'un anneau d'une ligne à une ligne et demie d'épaisseur. En même temps il s'élargit, le sommet de la tête s'y engage de plus en plus, et finit par le franchir sans y avoir produit d'autres lésions que de simples et peu profondes érosions.

Dix heures se passèrent depuis le commencement du travail jusqu'au moment où je rompis les membranes. La tête de l'enfant mit près de trois heures

à dilater et franchir le rétrécissement. Pendant cet intervalle de perplexités et d'anxiétés, je soutenais, avec les doigts réunis des deux mains, la circonférence du rétrécissement dans la double intention : 1° d'empêcher une dilatation trop rapide qui eût pu donner lieu à des déchiremens étendus ou faits dans des directions dangereuses; 2° d'empêcher l'espèce de diaphragme perforé que représentait l'entrée du vagin, d'être trop fortement refoulée en en bas, mouvement qui, ne pouvant avoir lieu sans une tension et une traction relatives de la partie supérieure de ce conduit, aurait pu provoquer la déchirure à son union avec le col utérin. Par cette manœuvre j'obtenais aussi cet avantage, que les parois du vagin pouvaient d'autant plus obéir à la dilatation qu'elles cédaient moins à leur élongation.

J'appliquai donc ici les moyens que l'on met en usage dans les accouchemens ordinaires pour protéger le col de l'utérus, et plus tard la vulve et le périnée, des effets d'une trop brusque ou trop forte extension. Si le débridement fût devenu nécessaire, j'avais résolu de l'opérer par plusieurs incisions faites en différens points des parties latérales.

L'extraction du placenta se fit sans difficultés. L'enfant, du sexe masculin, d'une force ordinaire, était très-vivace. Il fut allaité par sa mère. Les suites de couches n'offrirent de notable qu'un peu plus d'intensité dans les symptômes locaux qui ont lieu

lorsque la tête a séjourné au passage. Le rétablissement fut prompt et complet.

Ainsi, malgré l'étendu du rétrécissement, qui comprenait un pouce et demi de la longueur du vagin; malgré son excessive étroitesse, que n'avaient que très-incomplètement vaincue les moyens long-temps employés pour la combattre; malgré enfin l'état de tension et de dureté de la plupart des brides et replis qui circonscrivaient et formaient ce rétrécissement, sa dilatation s'est opérée pour ainsi dire spontanément!!! Nouvel et remarquable exemple des inépuisables ressources de la nature! Combien n'avons-nous pas à nous féliciter de notre confiance en elle et de notre patience à observer, aider et diriger sa marche, tout en nous tenant prêt à recourir à l'art, si elle eût été impuissante!

§ 2. *Traitement curatif.* Les déchirures qui ne s'étendent pas au-delà des parois du vagin ne réclament que des soins de propreté; le contact des matières lochiales peut les changer en des ulcérations plus ou moins graves.

Le tamponnement, facile à appliquer, rendra maître d'une hémorrhagie qui présenterait quelque gravité; on connaît l'indication que réclament les thrumbus. Lorsque des lambeaux ne tiennent plus que par un court pédicule, il faut en faire la section complète; si le pédicule était suffisant, et que le lambeau fût épais et étendu, on pourrait réunir, autant que possible par compression, à l'aide d'un

pessaire en bondon, ou par quelques points de suture, afin d'éviter une trop grande perte de substance ou une déformation nuisible aux accouchemens subséquens.

Mais ce sont surtout les solutions de continuité qui s'étendent aux organes excréteurs voisins, qui réclament l'attention du praticien, soit que ces solutions proviennent immédiatement d'une déchirure ou qu'elles résultent d'inflammation ulcéreuse ou de la chute d'escarres.

Observons que les solutions de continuité traumatiques ou accidentelles ont toujours une tendance remarquable à se guérir; les efforts de la nature sont quelquefois incroyables pour atteindre ce but, tandis qu'elle entretient avec une tenacité souvent invincible les solutions qu'elle provoque elle-même. Dans le premier cas, pour combler le vide, elle appellera à son secours les parties voisines, elle attirera de proche en proche jusqu'aux tissus les plus éloignés, les plus résistans, tandis qu'une solution spontanée, placée au milieu des parties offrant les conditions anatomiques les plus favorables, restera ouverte et éludera même les moyens les plus efficaces de réunion et de cicatrisation que l'art lui appliquera. Y a-t-il contradiction de la part de la nature? non; c'est toujours dans un but de conservation qu'elle agit. Une ouverture accidentelle est une maladie inutile; une fistule spontanée, au contraire, est communément un moyen nécessaire pour

remplacer une voie d'écoulement accidentellement détruite, ou pour en procurer une à des matières dont la présence dans l'économie, ou au milieu des tissus, serait de nature à provoquer d'autres et plus nuisibles désordres. Les indications thérapeutiques surgissent de ces considérans : 1° il ne faut pas chercher à guérir des ouvertures ou solutions de continuité spontanées, avant d'en avoir détruit la cause, à moins que les moyens propres à guérir ces solutions ne soient aussi de nature à enlever ou écarter cette cause; 2°, dans les solutions de continuité accidentelle, il faut placer les parties dans des conditions telles que les tissus voisins puissent prêter leur secours au rapprochement des bords de la division, et en remplacer la perte de substance. On a dans les derniers temps saisi avec bonheur le secret de la nature, en empruntant à des régions plus ou moins éloignées des parties que ne pouvaient fournir le voisinage de la perte de substance. Le nom du professeur Roux se place ici naturellement.

Appliquons maintenant ces considérations fondamentales au traitement des fistules vaginales.

La tendance à la guérison spontanée des ouvertures accidentelles est surtout remarquable dans ces cas. Tant que les parties voisines peuvent prêter de manière à converger concentriquement vers la solution, celle-ci diminue, se rétrécit, l'ouverture finit par disparaître. Le développement de bourgeons celluleux, qui est encore, lui aussi, une sorte d'allon-

gement de tissus, contribue à combler le vide, à opérer la réunion, et surtout à former la cicatrisation. Ainsi on a vu des ouvertures fistuleuses, dont les larges dimensions semblaient enlever tout espoir d'occlusion possible, se fermer néanmoins, soit plus ou moins immédiatement, soit spontanément, après qu'on avait abandonné des traitemens jusque-là inutilement employés, ou qui peut-être avaient été plus nuisibles qu'utiles.

84e OBS. — Double fistule vagino-urétrale et rectale guérie spontanément.

Mme ***, habitant momentanément La Chapelle, près Paris, à terme de son premier enfant, perdit tout à coup ses eaux, et quelque temps après elle fut prise des douleurs de l'enfantement. Elle était âgée de vingt-deux ans, grande, forte, bien constituée. Après quelques heures de travail, la sage-femme annonça que la tête de l'enfant avançait, et que l'accouchement allait être terminé. Elle engagea Mme *** à redoubler d'efforts, et elle-même ne ménagea pas les siens. Cependant rien n'avançait, et après quatre à cinq heures de tentatives inutiles, la sage-femme fit appeler son mari, *accoucheur comme elle.* Il arriva muni de forceps, en fit l'application, non sans être obligé d'y recourir à plusieurs reprises, et sans occasioner de violentes douleurs. La résistance devait être grande, puisque l'enfant ne put être amené que par les efforts réunis de l'accoucheur et de la sage-femme qui tiraient ensemble l'instrument, tandis

que le mari de la patiente et une voisine obligeante avaient beaucoup de peine à la retenir et à ne pas être entraînés avec elle. L'enfant, très-fort, était mort. Il survint de l'inflammation aux parties génitales et au bas-ventre; mais ces accidens avaient disparu le neuvième jour, et l'accouchée se rétablit assez promptement; mais alors elle s'aperçut que les urines coulaient involontairement, que des gaz s'échappaient par la vulve. Bientôt des matières fécales, d'abord liquides ou par parcelles, puis par morceaux dont quelques uns avaient le volume d'une noix, suivirent le même chemin. Honteuse de cette dégoûtante infirmité, elle la cacha à son mari, qui ne s'en aperçut qu'au bout de six semaines. Il partagea alors lui-même la fausse honte de sa femme, et ce ne fut que trois mois après l'accident que, pressé de questions par une parente sur les causes du délabrement progressif de la santé de la malade, qui était tombée dans l'amaigrissement et l'hypocondrie, qu'il confessa enfin sa position. Je fus appelé. Je trouvai en effet la malade dans le dernier degré du marasme. Ce ne fut pas sans peine que j'obtins d'explorer les parties. Les cuisses étaient rouges, couvertes d'éruptions milliaires, de pustules ulcérées; la vulve était aussi enflammée et parsemée d'érosions. En écartant les lèvres, il s'en échappa une odeur prononcée d'urine et de matières fécales. Le vagin contenait de ces matières. Je les enlevai par le moyen de plusieurs injections. La fourchette

était profondément déchirée, mais la division déviée à gauche s'arrêtait au voisinage de l'anus. Je sentis avec le doigt, à deux pouces environ de profondeur, à la paroi postérieure du vagin, une dépression ovalaire, dans laquelle je pénétrai très-facilement. J'engageai alors l'indicateur de l'autre main dans le rectum, et je constatai la communication recto-vaginale. Cette ouverture était à un pouce et demi au-dessus de l'anus. Je sentis également une inégalité à la paroi antérieure du vagin, derrière les pubis. Une sonde introduite dans le canal de l'urètre fut sentie à nu à travers cette ouverture, dans laquelle j'engageai le bec de l'instrument. Cette dernière ouverture était oblongue, paraissait avoir sept à huit lignes de hauteur, et environ deux lignes d'écartement; elle se trouvait à un pouce environ du méat-urinaire.

Je commençai par rassurer la malade et lui donnai un espoir que je ne partageais cependant pas complètement; mais il fallait relever le moral profondément affecté. Je lui parlai d'une opération peut-être nécessaire, mais éloignée. Je me contentai pour le moment de lui prescrire des soins de propreté, d'entretenir la liberté du ventre, de mener une vie moins retirée que celle qu'elle avait adoptée, et une nourriture substantielle pour ramener ses forces épuisées. Au bout de quinze jours, l'état général était très-suffisant, et bientôt l'ancien embonpoint revint progressivement; en même temps la sortie

des matières urinaires et fécales était moins abondante : il y avait même des intervalles d'interruptions assez prolongées. Un mois s'était écoulé depuis une première exploration, et je crus m'apercevoir que les ouvertures avaient perdu près de la moitié de leur étendue. Enfin, au quatrième mois, rien ne coulait plus dans le vagin, et c'est à peine si une dépression légère manifestait la cicatrice de ces fistules. C'est en 1826 que cet événement arriva; depuis cette dame n'a pas eu d'enfans.

Il est une observation qui peut être d'une très-grande importance dans le traitement de ces fistules, et sur laquelle on ne s'est pas assez arrêté, si toutefois elle a été remarquée. Ce n'est pas essentiellement parce que les matières coulent à travers les fistules accidentelles qu'elles ne se guérissent pas, mais parce que les parties au milieu desquelles elles se trouvent ne sont pas disposées favorablement pour prêter par leur distension ou leur déplacement au resserrement concentrique de l'ouverture. Aussi voit-on dans ces cas l'application des sondes, des pessaires, des obturateurs ne produire aucun résultat avantageux. Loin de là, ces corps étrangers, en tenant les parois des organes fistulés distendues, plus écartées, ne peuvent qu'empêcher le rétrécissement des ouvertures. Dans les cas donc où la guérison a été obtenue avec l'emploi de ces instrumens, je ne mets pas en doute qu'elle n'eût eu lieu également sans

leur secours, et peut-être plus promptement encore.

Nous signalerons encore un autre inconvénient très-grave produit par les sondes, les métalliques surtout. La présence prolongée de ces instrumens a souvent frappé l'urètre de gangrène, et en a détruit les parois dans une grande étendue (Cooper, Dupuytren). Enfin le professeur Lallemand a remarqué judicieusement que ces corps excitent souvent une sécrétion abondante de mucosités qui s'opposent à la cicatrisation.

On devrait peut-être regarder le passage des matières excrémentielles à travers la fistule comme plus avantageuse que nuisible à la cicatrisation. En effet, le contact continuel de ces matières entretient dans les bords de l'ouverture une inflammation qui les empêche de se cicatriser isolément; elle excite le développement de bourgeons celluleux nécessaires pour combler le vide et produire la réunion consécutive. L'art ne prend-il pas modèle sur les erremens de la nature, quand il conseille de toucher plus ou moins fréquemment les bords de la fistule avec un caustique ou le fer incandescent? Delpech, Spéranza, M. Dupuytren, ont obtenu ou activé plusieurs fois des guérisons par ces moyens. M. Lallemand a aussi obtenu une guérison remarquable, dans laquelle la cautérisation par le nitrate d'argent n'a pas eu l'influence la moins grande.

Après avoir avivé les bords d'une large ouverture fistuleuse avec ce caustique, il en tenta la réu-

nion, ce qui suppose dans les parties, pour le dire en passant, une disposition naturelle dejà favorable.

Pour diriger le caustique ou le cautère on se sert d'un spéculum cylindrique et perforé latéralement; on applique cet instrument de manière que la perforation réponde à la fistule; par ce moyen on met les parties saines à l'abri du cautère, que l'on n'applique que sur le mal; on doit ajouter à ce procédé, mis en usage avec succès par M. le professeur Dupuytren, la précaution d'introduire d'abord une canule dans le canal perforé, soit urètre, soit rectum, afin de garantir les parois opposées à la fistule du contact et de l'action du cautère.

Mais, je le répète, l'indication principale et la plus essentielle consiste à mettre les parties perforées dans les conditions le plus propres au rapprochement des bords de l'ouverture. La résistance que les tissus opposent à l'extension ou au déplacement spontané nécessaire à la réunion, pourra-t-elle être vaincue par la suture? Quelques cas heureux de succès obtenus par cette opération ne permettent pas de douter des avantages qu'elle peut procurer; mais aussi les cas non moins nombreux dans lesquels elle a échoué, nous portent à penser que quand elle a réussi, c'est que les parties étaient déjà favorablement disposées à l'attraction concentrique, et que peut-être la réunion se serait opérée à la longue sans aucun secours, comme nous l'avons vu plusieurs fois et notamment dans le cas dont nous avons

donné plus haut l'histoire (obs. 84); dans les autres cas, les bords de la rupture ou de la fistule ne cédant que forcément, ont été bientôt déchirés par les points de suture; chez une malade opérée par M. Dugès, ces fils coupent le vagin, et il en résulte une hémorrhagie mortelle.

Dans le cas où M. Malagadi, de Bologne (*Dict. médec. chirurg.*, t. VIII, p. 266), put amener la fistule vésico-vaginale jusqu'à la vulve en y introduisant le doigt garni d'un opercule de peau pour resciser les bords de l'ouverture et y appliquer trois points de suture entrecoupée; dans ce cas, dis-je, il faut convenir que la souplesse des parties qui permettaient un tel déplacement, était déjà une condition bien favorable au succès de l'opération; cependant le point antérieur coupa une des lèvres de la plaie, et demeura sans effet, mais on en obtint néanmoins assez promptement la guérison en cautérisant fréquemment avec le nitrate d'argent pur, etc.

Au reste, l'état dans lequel ces fistules vaginales urinaires et stercorales mettent la malade est tellement déplorable, que les inconvéniens attachés à ce genre d'opération ne doivent pas empêcher d'en tenter l'épreuve; le succès doit aussi beaucoup dépendre du procédé que l'on choisit, et de la manière dont il est exécuté. Il faut une appréciation bien exacte de la disposition des parties affectées pour distinguer dans quelle direction doit être faite la suture; la-

quelle convient mieux de la suture à point passés, ou entortillée, ou du pelletier, ou enchevillée: nous nous déciderions pour cette dernière. Les plus grandes difficultés résultent de l'exécution même. Plusieurs instrumens plus ou moins ingénieux ont été inventés pour porter les aiguilles et les fils à travers les bords de l'ouverture (Hermann, Roux, Lewzisky, Deyber); d'autres forment des espèces d'airignes verticales ou transversales, dont les pointes mobiles engagées autour de la fistule par divers mécanismes en traversent les bords et les rapprochent (Lallemand, Laugier); enfin M. Nœgle a imaginé un instrument présentant beaucoup d'analogie avec l'entérotôme de M. Dupuytren, et qui réunit les bords de la fistule en les pinçant.

Il n'appartient pas à notre sujet d'entrer dans des détails sur ces procédés différens, et sur la description minutieuse des instrumens variés à l'aide desquels on les pratique. Disons que l'on ne saurait établir de préférence absolue entre eux; que tous peuvent également trouver leur application selon les circonstances. La diversité infinie des cas doit modifier les indications, diriger dans le choix des moyens, et en exiger de nouveaux qu'une heureuse inspiration peut suggérer. Je ferai observer seulement que l'avivement des bords de la fistule est une opération préalable indispensable pour que la réunion soit possible, quelle que soit l'opération par laquelle on la tente.

Nous rappellerons aussi qu'il importe beaucoup de mettre les parties circonvoisines dans des dispositions et des rapports tels, qu'elles puissent prêter leur secours à la réunion, soit pour éviter des tiraillemens contrarians, soit en les obligeant à fournir leur contingent à la réunion; nous proposerions dans ce but un bandage élastique, analogue à celui dont on se sert pour la compression des anévrismes, ou à celui que M. Dupuytren a appliqué avec succès aux luxations sternales de la clavicule. Il consisterait en une tige d'acier garnie d'une pelotte à chacune de ses extrémités; l'une, plus large, serait appliquée sur la région hypogastrique, au-dessus des pubis, y serait maintenue à l'aide d'une ceinture, et serait destinée à refouler cette région, et médiatement l'utérus et la vessie vers l'excavation du bassin; l'autre, appliquée à la vulve et au périnée, refoulerait ces parties de bas en haut; on rapprocherait ainsi les extrémités du vagin l'une de l'autre, et on pourrait ainsi prévenir les déchiremens des points de suture, déchiremens provenant essentiellement du trop de tension des parties qu'elles embrassent. La pelotte inférieure serait percée d'une ouverture suffisante pour permettre l'émission des urines et le passage de la sonde, ou bien on enlèverait momentanément le bandage toutes les fois que le besoin d'excrétion se manifesterait.

85e OBSERVATION. — Fistule recto-vaginale. Compression.

Ce moyen m'a été suggéré par un fait que j'observai il y a quatre ans. Une dame vint me consulter pour un écoulement de matières stercorales qui se faisait par la vulve; par-là aussi s'échappaient fréquemment des vents avec plus ou moins d'explosion; il y avait cinq mois qu'elle avait eu un accouchement long et difficile. Le mari de cette dame était absent depuis un certain temps, et elle redoutait son retour à cause de la dégoûtante infirmité dont elle était atteinte; elle avait surtout intérêt à lui cacher la source de cet accident; elle ne s'en était aperçue que quinze jours après sa couche. Je trouvai à un pouce du sphincter de l'anus une perforation recto-vaginale, ronde, assez large pour admettre le passage du doigt, mais en renversant des espèces de franges qui, dans l'état ordinaire, devaient en diminuer les dimensions; le sommet de deux de ces franges présentait un ou deux bourgeons celluleux rouges; le reste des bords était entièrement cicatrisé, et les membranes muqueuses, rectales et vaginales, s'étaient réunies ensemble. Je touchai avec le nitrate d'argent, et ne pus obtenir que la malade prît d'autres précautions, sa position sociale et domestique ne le permettant pas; tous les quatre à cinq jours elle venait se faire cautériser; au bout de vingt jours j'avais obtenu peu de succès de cette opération. Je pensai alors à favoriser le rap-

prochement des bords de l'ouverture en refoulant le périnée et l'anus au moyen de compresses graduées, fortement maintenues par un bandage en T; un mois après, l'ouverture était réduite de plus des trois quarts; elle ne laissait plus passer que des vents et un peu de mucosités rectales. Je n'ai plus revu cette dame, ce qui me fait présumer que la guérison vers laquelle elle marchait s'était complétée.

Lorsque les parties ne peuvent naturellement prêter au rapprochement des bords de l'ouverture, que l'art et la nature ont épuisé en vain leurs ressources pour opérer la réunion, pourquoi ne tenterait-on pas les procédés ingénieux que M. Roux a si heureusement inventés et appliqués aux pertes de substance de la face? Ne pourrait-on donc pas emprunter des lambeaux aux tissus voisins, les tirer, les promener successivement de station en station jusqu'à la perte de substance qu'ils devront et pourront remplir? Les nymphes, les grandes lèvres ne pourraient-elles pas fournir à ces émigrations? Il appartient au savant professeur de l'hôpital de la Charité de juger de l'utilité et de la possibilité de cette conséquence de son idée mère, et à ses mains habiles d'en faire l'application aux cas qui nous occupent.

Quand les fistules urinaires ou stercorales sont incurables par leur dimension, il ne reste plus qu'à parer aux inconvéniens qui résultent de ces infir-

mités. De grands soins de propreté, des ablutions et des injections fréquentes sont nécessaires pour enlever les matières qui, par leur contact, entretiennent la douleur et l'inflammation. Dans l'intervalle on adapte à la vulve des cuvettes en gomme élastique pour recevoir les matières; on place des tampons en linge ou en éponge dans le vagin pour boucher la fistule ou absorber les matières qui s'en échappent. On doit préférer à ces moyens une bouteille de caout-chouc placée dans le vagin et destinée à recevoir les urines, à laisser passer les règles et à fixer une sonde dans la vessie (M. Guillon, Holme, Earle.) M. Dugès a imaginé, pour une fistule vésico-vaginale, une sorte de bondon formé d'un estomac ou d'une vessie natatoire de poisson, introduite à l'aide d'une sonde qui servait ensuite à la gonfler en la remplissant d'huile; pour uriner il suffisait de l'enfoncer plus avant en poussant la sonde dans l'urètre. Il a aussi proposé de se servir d'un disque d'éponge garni de peau, et d'un autre disque infundibuliforme en caout-chouc pur, l'un et l'autre fixés sur une tige flexible, et d'introduire cet instrument dans la cavité de la vulve, à travers la fistule. Je ne crois pas, comme le pense M. Dugès, que la malade puisse s'accoutumer à la longue à la présence de tous ces obturateurs; si on ne les fixe pas solidement ils n'empêchent pas les matières de filer entre eux et la fistule; si on exerce une compression suffisante pour empêcher cette filtration, on s'expo-

sera à produire la désorganisation, la mortification des bords de l'ouverture soumis à cette compression: cette remarque s'applique aux obturateurs proposés dans l'intention de favoriser la réunion, en empêchant seulement le passage des matières à travers la fistule; je rejeterais donc l'instrument imaginé par feu Cullerier, et qui consistait en deux plaques dont l'une s'introduisait par l'anus et l'autre par la vulve: ce moyen lui a réussi à la vérité; mais comme il ne l'a employé que dans des cas de petites fistules, il est probable que le temps seul aurait amené le même résultat.

Je le répète, ces fistules sont susceptibles de guérir, malgré leurs larges dimensions, et sous la seule influence du temps.

Aux exemples que j'ai rapportés, et qui se rapprochent de ceux fournis par Peu (1), par Blundell, D. Davis, Rambsbotham, j'ajouterai les faits plus récemment observés par M. Ryan (2), Fichet de Fléchy, Sédillot, MM. Deschamps, Capuron, etc.

(1) *Prat. des Accouch.*, p. 384.
(2) *Manual of* Midwif.

TROISIÈME DIVISION.

RUPTURES DE LA RÉGION ANO-PÉRINÉALE DU VAGIN.

CHAPITRE Ier. — MÉCANISMES ET CAUSES.

Au-dessous de la zône moyenne du vagin, la paroi antérieure de ce canal est interrompue par l'arcade sous-pubienne et l'ouverture vulvaire. Ses parois postérieure et latérales se prolongent seules pour venir se terminer en se recourbant à la commissure postérieure ou aux bords de cette ouverture. Là, le canal parturitif est soutenu ou fortifié par le coccyx, les ligamens sacro-ischiatiques et coccygiens, par un plan de muscles dont l'ensemble forme une sorte de diaphragme inférieur, percé seulement pour les ouvertures des conduits urétral, vaginal et rectal, enfin par une couche plus ou moins épaisse de tissu cellulaire et par les tégumens.

Ce plancher, que l'on peut appeler ano-périnéal, étant dirigé de manière à boucher le détroit inférieur, continue le plan recourbé que présente la partie inférieure du sacrum et le coccyx, et qui change l'axe du canal excréteur que l'enfant doit

traverser. Ainsi, tandis que la tête était poussée en arrière et en en bas en s'engageant dans le bassin, arrivée à la région que nous décrivons, elle rencontre le plan recourbé qu'il représente, et qui la force de changer de direction, c'est-à-dire qui la reporte en avant, là où l'écartement des branches des pubis et l'ouverture vulvaire lui offrent une voie d'élimination. Dans l'état ordinaire, la pression qu'exerce la tête poussée par les efforts d'expulsion en affaissant le périnée, tire en en bas et en arrière la commissure postérieure de la vulve, s'y engage, et, en la dilatant, refoule enfin le périnée en arrière. Cet effet est favorisé par la direction qu'imprime à la tête fœtale la direction du plan coccygio-périnéal, qui est telle qu'elle tendrait à la porter en en haut, si ce plan agissait activement. Aussi, dès que la tête a franchi la vulve, elle continue d'obéir à la direction parabolique qu'impriment à l'enfant les efforts actifs d'expulsion et la réflexion passive du plan sacro-coccygio-anal; elle remonte sur les pubis. Cette marche suppose, 1° que la partie fœtale qui se présente, glisse ou roule facilement sur le plan recourbé que présente le vagin depuis la partie inférieure du sacrum et le coccyx jusqu'à la vulve; 2° que le plancher ano-périnéal offre une résistance suffisante pour continuer le rôle réfléchissant qu'exerce la partie inférieure et postérieure du détroit inférieur; 3° que l'arcade pubienne ne s'oppose pas à l'engagement de la tête; 4° enfin que la

vulve prête par la souplesse de ses bords à la distension nécessaire à la dépression de sa commissure et à l'agrandissement de son ouverture.

Le manque d'une seule de ces conditions devient cause prédisposante des ruptures de la région ano-périnéale du vagin. Cet accident suppose en dernière analyse que cette région a supporté tout le poids de la pression imprimée à l'enfant par les efforts qui constituent les causes déterminantes actives des ruptures ano-périnéales du vagin. Ainsi la distension de cette région doit en général précéder la rupture. Or on sait que le périnée qui, dans l'état ordinaire, n'a qu'un pouce et quelques lignes d'étendue de la commissure de la vulve à la marge de l'anus, peut acquérir jusqu'à trois pouces et même jusqu'à trois pouces et demi pendant l'accouchement.

« Le périnée, » a dit Baudelocque, à l'occasion d'une observation de rupture centrale de cette partie, « est plus extensible qu'on ne pense chez les « femmes. » Mais cette extensibilité n'est pas infinie; elle a des bornes, et il arrive un instant où elle produit un amincissement des tissus tel que le plus léger effort suffira pour les rompre. Nous pensons donc que M. Capuron n'a pas bien réfléchi, quand il a écrit: « Si le périnée est plus extensible qu'on ne « le pense, dans le temps de l'accouchement, pour-« quoi se déchire-t-il? et, s'il se déchire, pourquoi « lui attribue-t-on une aussi grande extensibilité?... »

Au reste, dans ces distensions quelquefois énormes, produites par la présence de la tête presque entière qui a franchi le détroit inférieur, sans s'engager à travers la vulve, ce n'est pas le périnée seul qui prête à la distension, ce n'est pas lui seul qui coiffe cette partie du fœtus. Ce plancher vagino-périnéal présente trois régions : la région anale, la région vulvaire et la région périnéale proprement dite; toutes trois contribuent au phénomène qui nous occupe. C'est un fait qui m'avait frappé dans les cas que j'avais observés, mais que j'ai eu récemment l'occasion de vérifier avec d'autant plus d'attention, que j'y étais engagé par la question en litige. Voici cette observation qui peut servir de type.

86e OBSERVATION. — Distension du périnée par la tête de l'enfant.

Mme C..., âgée de dix-huit ans et demi, d'une stature un peu au-dessous de la moyenne, présentant toutes les apparences d'un bassin ample, fille d'une mère tendant à l'obésité, et présentant déjà elle-même des dispositions analogues, ressent les premières douleurs de son premier enfantement, le 8 octobre 1833, dans la soirée; mais elles sont faibles et rares, la vulve est étroite, le vagin ample et souple, le col de l'utérus encore fermé et épais. Le 9, les douleurs augmentent, les parties sexuelles s'humectent, et vers les six heures du soir, le travail est en pleine activité. A huit heures, la tête, en

première position, plonge dans le bassin; l'occiput se présente à la vulve qu'il repousse en avant sans pouvoir s'y engager, de manière que cette ouverture allongée, au lieu d'être dirigée en en bas et en arrière, se trouve bientôt tout-à-fait en avant, dans la direction du pudendum. En même temps le périnée se distendait énormément, et en quelques instans, la tête tout entière paraissait y être plongée, à l'exception de la mâchoire inférieure. Je sentais parfaitement à travers la recto-paroi antérieure du rectum, refoulée dans l'anus largement dilaté, le sillon nasal et les arcades orbitaires. Comme je comptais sur la résistance naturelle du périnée, j'avais attendu, pour le soutenir, que la tête s'engageât dans la vulve, afin de préserver la fourchette, de sorte que cette précipitation se fit, pour ainsi dire, à mon insu. Tout en maintenant alors ces parties, je voulus profiter de l'occasion pour bien m'assurer des dispositions qu'elles présentaient. Je fus favorisé dans mes recherches par la suspension des contractions utérines, ainsi que cela arrive fréquemment après que la tête a franchi le détroit inférieur.

La tumeur ovalaire d'avant en arrière dessinait exactement le crâne de l'enfant qui paraissait n'être recouvert que par une membrane de deux lignes au plus d'épaisseur. On sentait parfaitement à travers les fontanelles. Cette tumeur présentait à sa partie antérieure l'ouverture de la vulve presque

verticale, à peine dilatée de deux lignes et de deux pouces de hauteur. Sa commissure inférieure paraissait élevée d'un pouce environ au-dessus de la partie la plus culminante ou du sommet de la tumeur. L'anus était dirigé en en bas et en arrière, et situé aussi un peu au-dessus du niveau du sommet de la tumeur. Le coccyx, refoulé ou naturellement dirigé en arrière, se trouvait presque en ligne directe de la face postérieure du sacrum. Pour ne pas effrayer la dame en couche, ni la famille qui attendait avec anxiété le résultat de l'accouchement, je n'osai pas demander une mesure; mais voici comment je m'y pris : j'appliquai la main gauche sur cette saillie, de manière què l'extrémité du doigt indicateur touchait la pointe du coccyx et que le poignet répondait à la vulve, un peu au-dessus de la commissure postérieure; je m'assurai avec l'autre main que le bord postérieur de l'anus répondait au milieu de la deuxième phalange, que le bord antérieur ou inférieur de la même ouverture touchait le sillon palmaire qui indique l'articulation méta-carpo-phalangienne du même doigt indicateur; enfin que la commissure de la vulve correspondait entre les éminences thénar et hypothénar, à une épaisseur de doigt au-dessous de l'os pisiforme. Sans changer de position, j'appliquai le petit doigt sur la tubérosité ischiatique gauche, et le pouce renversé toucha la droite presqu'au niveau de l'articulation méta-carpienne. A peine terminai-je ces

investigations que les douleurs se réveillèrent. Je me plaçai sans désemparer à côté de la malade, pour pouvoir diriger la paume de la main contre l'anus et la partie postérieure du périnée, afin de maintenir la tête de l'enfant et de la refouler sous l'arcade des pubis, vers la vulve que je déprimais en même temps et entr'ouvrais avec les doigts de l'autre main. Après cinq à six douleurs, l'occiput s'engagea en plein dans cette ouverture, et ce fut vers elle que je dirigeai alors la protection de mes mains, pour prévenir le déchirement de la fourchette. L'enfant était de volume et de taille ordinaire.

Dès que je fus de retour chez moi, je m'empressai de traduire en mesures mathématiques, à l'aide d'un pied de roi, celles que j'avais marquées sur ma main, et en voici le résultat; la distance de la pointe du coccyx à l'anus était de 20 lignes. Cette ouverture avait un pouce de dilatation; le périnée, depuis l'anus jusqu'à la commissure de la vulve, présentait près de trois pouces et demi. Ainsi, en comprenant les deux pouces environ que présentait cette dernière ouverture, la distension présentait une surface de huit pouces deux lignes environ, depuis l'arcade sous-pubienne jusqu'au coccyx; la mesure transversale, d'une tubérosité ischiatique à l'autre, donnait près de six pouces.

La distension du périnée par la tête de l'enfant qui a franchi plus ou moins complètement le détroit inférieur est *un fait incontestable*. L'amincisse-

ment de ce plancher est alors porté à un degré proportionné à la distension; il est quelquefois tel que la tête de l'enfant ne semble recouverte que par une membrane d'une ou deux lignes d'épaisseur, et à travers laquelle on distingue très-bien toutes les régions de cette partie, comme si elle était à nu, et dont elle dessine d'ailleurs exactement les formes; *second fait* confirmé par tous les auteurs qui ont parlé de cette circonstance remarquable.

Ce plancher n'est pas toujours soumis impunément à cette distension forcée, à laquelle on doit ajouter les effets du frottement de la tête de l'enfant qui glisse sur lui en s'avançant. Aussi devient-il le siége de meurtrissures, de déchirures incomplètes ou complètes. *Troisième fait.*

Ce double acte de pression et de frottement s'opérant d'arrière en avant, porte d'abord sur la région recto-anale qui se trouve aussi la première exposée aux déchirures. Nous verrons en effet des exemples de ruptures dites du périnée qui ont commencé par-là, et d'autres même qui se sont bornées à ces parties. *Quatrième fait.*

Mais c'est principalement contre le centre du périnée proprement dit que la pression et le frottement s'exercent. Remarquons que cette région correspond au point le plus culminant de la ligne parabolique que parcourt la tête de l'enfant. Elle se trouve alors la partie la plus éloignée de l'arcade sous-pubienne. En effet, la région anale, distante de l'ar-

cade sous-pubienne de trois pouces environ dans l'état ordinaire, n'en est écartée que de quatre à quatre et demi dans les cas de distension par la présence de la tête de l'enfant. Il n'y a donc qu'un pouce à un pouce et demi de différence. Au contraire, le centre du périnée, ordinairement distant de deux pouces à deux pouces et demi, se trouvant alors écarté des pubis de quatre pouces à quatre pouces et demi, la différence se trouve être de deux pouces à deux et demi. *Cinquième fait.*

En supposant donc que le dégagement de la tête se fasse lentement, que la distension périnéale soit graduelle, que les efforts d'expulsion aient été alors suspendus, il n'en résultera pas moins que le centre du périnée aura à supporter le plus grand poids de pression, d'où résultera une altération de son tissu prédisposante à la rupture, quand se réveilleront les efforts d'expulsion, si on ne les dirige pas convenablement. *Sixième fait.*

ARTICLE PREMIER. Causes prédisposantes.

Nous avons maintenant à nous occuper en particulier des causes qui prédisposent à la distension du plancher ano-périnéal ou qui sont susceptibles d'en provoquer la rupture. Ces causes proviennent du bassin, de l'enfant, du plancher ano-périnéal ou de la vulve.

§ 1er. *Causes provenant du bassin.* Rappelons-

nous que la région inférieure du bassin formée par le sommet du sacrum et le coccyx, a pour fonction de dévier l'enfant de la direction perpendiculaire, pour le diriger en avant; que là se trouve l'arcade sous-pubienne disposée de manière à recevoir la tête de l'enfant que lui renvoie le plan incliné précité.

Or, ces parties peuvent présenter des modifications anatomiques telles que l'enfant ne trouve pas en arrière d'obstacles à sa progression primitive, ou qu'il en rencontre en avant qui s'opposent à ce qu'il obéisse à la réflexion que tend à lui imprimer la région sacro-coccygienne. Ainsi, A. un défaut de récurvitation suffisante de cette dernière région, permet à l'enfant de suivre la direction qui le porte en en bas et en arrière.

B. Un défaut d'écartement suffisant de l'arcade pubienne ou trop de hauteur des pubis, ont pour effet d'empêcher l'occiput d'avancer dans cette direction. Les pubis produisent sur la tête de l'enfant, à l'égard du mouvement horizontal, ce que la paroi postérieure fait envers le mouvement vertical; ils le reportent en arrière, comme celle-ci le dirige en avant. Entre ces deux oppositions, la tête ne peut qu'obéir à l'impulsion première. Dans ces cas donc, elle portera contre la région ano-périnéale.

Lorsque l'obstacle à la direction parabolique du fœtus vient de la hauteur des pubis ou du trop grand resserrement de leur arcade, le détroit inféieur se

trouve rétréci dans ses diamètres antéro-postérieurs. Aussi, lorsque la tête est volumineuse ou même dans une position autre que les premières, elle ne s'y engage pas, elle y reste comme enclavée; ce n'est donc que si elle est petite et en position ordinaire, qu'elle peut dans ces cas franchir le détroit inférieur, et venir bomber sous le périnée.

C. Si au contraire le vice de conformation provient du sommet du sacrum et du coccyx qui, au lieu de se courber en avant, sont déjetés ou dirigés en arrière, les diamètres du bassin s'en trouveront nécessairement plus étendus; conséquemment une tête de volume ordinaire, et même très-forte, même encore dans une position vicieuse, pourra franchir ce vaste détroit, et n'étant pas reportée en avant, par suite de ce défaut de récurvitation sacro-coccygienne, elle pèsera sur la région ano-périnéale.

M. le docteur Moreau a signalé ces causes prédisposantes des ruptures centrales du périnée; mais il n'a pas assez insisté sur la distinction que nous venons d'établir, et qui nous paraît propre à dissiper des doutes et détruire des dénégations que l'on avait élevées sur la possibilité de certains faits, parce qu'on n'en avait pas saisi la véritable interprétation.

D. On conçoit que toute déviation ou altération du bassin, par des exostoses, par exemple, qui modifieraient la direction de l'enfant dans le sens que

nous venons d'indiquer, pourront également devenir des causes de distension et de rupture du périnée.

E. Le bourrelet que forme la saillie urétrale du vagin, et que la tête de l'enfant refoule devant elle, en empêchant celle-ci de rouler sous l'arcade des pubis, prédispose de la même manière aux distensions et aux ruptures. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'en faire l'observation.

§. 2. *Causes provenant de l'enfant.* La distension et la rupture de la région ano-périnéale du vagin peuvent reconnaître pour causes: 1° le petit volume de l'enfant, 2° la présentation des fesses ou des pieds, 3° la position vicieuse de la tête.

A. *Petit volume de l'enfant.* Lorsque la tête de l'enfant est peu volumineuse, elle glisse, pour ainsi dire, au milieu du bassin sans en toucher les parois osseuses; elle élude par conséquent l'action refoulante de la paroi postérieure sacro-coccygienne, et avance toujours dans la direction des efforts d'expulsion qui la poussent vers le coccyx, l'anus et le périnée. Celui-ci offre-t-il peu de résistance par son peu d'épaisseur naturelle ou accidentelle, par la mollesse des tissus qui le composent, au lieu de maintenir la tête et de la pousser dans la direction postéro-antérieure, cette région cède, se distend, et peut se rompre, si on ne supplée par l'art au rôle qu'elle doit jouer dans cette période de la délivrance. On a rapporté à cette cause quelques uns

des cas de rupture centrale du périnée que nous citerons plus loin.

B. *Présentation de l'extrémité pelvienne de l'enfant.* Les remarques que nous venons de faire relativement à la direction que suit la tête de l'enfant de petite dimension s'appliquent à la présentation de l'extrémité pelvienne, laquelle refoule le périnée et le distend de haut en bas; à plus forte raison les pieds de l'enfant qui s'arc-bouteraient contre ce plancher pourraient-ils le rompre.

87e OBSERV. — Rupture du périnée produite par un pied de l'enfant.

Une femme originaire d'Angleterre était accouchée trois fois facilement et heureusement; à la quatrième couche, dans les efforts qu'elle fit pour seconder les douleurs et les manœuvres de la sage-femme, il y eut déchirure du périnée. Cette femme redevint grosse pour la cinquième fois. L'époque de l'accouchement étant arrivée et le travail très-actif, l'accoucheur fut fort étonné, en voulant reconnaître l'état des parties, de rencontrer les pieds de l'enfant, dont un était sorti par une déchirure du périnée et l'autre par la vulve. (Dupuis, *thèse*, 1822.)

C. *Position occipito-postérieure de la tête de l'enfant.* On a regardé avec raison cette position comme pouvant amener la rupture du périnée. Et en effet le front et la face, offrant une largeur disproportionnée à l'aire de l'arcade sacro-pubienne, ne

peuvent s'y engager, comme le fait l'occiput dans les premières positions. Alors, ou bien la tête se trouve obligée de descendre presque verticalement pour franchir le détroit inférieur en refoulant fortement le coccyx en arrière, ou l'un des ligamens sacro-sciatiques, de manière à ce que l'accouchement se fait comme si la face s'était présentée d'abord (Velpeau); dans ces cas, elle pèse d'autant sur le plancher ano-périnéal, et le soumet à une distension qui rend sa rupture imminente; ou bien le mouvement de flexion de la tête se faisant tandis que le front et la face sont arc-boutés derrière ou dessous l'arcade pubienne, il en résulte que les plus grands diamètres de cette partie se présentant au plancher ano-périnéal, l'occiput, en roulant sur lui, le soumet à une distension relativement très-considérable, précurseur de la rupture de cette région.

En admettant même avec M. Nœgèle (*Lehrbuch. der goburtshülfe*, § 265) que ce n'est point directement d'arrière en avant, mais de côté ou obliquement que le vertex arrive au détroit inférieur, les mêmes effets auront lieu à l'égard du plancher ano-périnéal.

Mais pour qu'il en soit ainsi, il faut supposer que, malgré cette position vicieuse, la tête puisse franchir spontanément le bassin.

Or, s'il était vrai que, dans ces cas, l'accouchement fût impossible sans le secours de l'art, la

question de la possibilité de la rupture centrale du périnée par cette cause se trouverait irrévocablement jugée par la négative, comme le pense le savant M. Capuron, d'après Puzos, Baudelocque, Leuret, M. Blundell, M. Bazignan, etc.

Mais assez de faits prouvent que l'accouchement peut avoir lieu spontanément dans des cas de présentation de la face en avant, et ils ont été fournis par des hommes dont le témoignage fait autorité. Je citerai les Mauriceau, Delamotte, Smellie, Deuman, Troccon, Hamilton, M. Merrens, M. Dugès, M. Nœgèle, M. Velpeau.

Sur environ deux mille accouchemens que j'ai pratiqués, j'en ai noté neuf dans lesquels l'enfant se présentait au détroit inférieur la face en avant. Dans trois de ces cas, j'avais été appelé en second; les femmes étaient épuisées par un travail prolongé; les organes sexuels étaient fatigués par des tentatives manuelles de réduction de la tête et de délivrance. Je dus appliquer le forceps. L'un des deux enfans était petit; il put être amené sans lésion de la fourchette. Elle fut déchirée profondément malgré toutes mes précautions, dans les deux autres cas dont les enfans présentaient un volume ordinaire. Dans deux autres cas fournis par ma pratique particulière, je dus aussi avoir recours au forceps. Les femmes étaient primipares; leur bassin avait les dimensions ordinaires, et l'enfant était d'un volume assez fort. Mais dans les quatre autres faits, l'accouche-

ment se termina spontanément; chez deux des femmes la vulve fut facilement déprimée en arrière, et la tête s'y engagea sans trop distendre le périnée. Mais la région anale bombait fortement. Chez les deux dernières tout le plancher ano-périnéal fut considérablement distendu, et il aurait été inévitablement rompu si je n'eusse employé tous mes efforts pour le soutenir et déprimer la vulve. Dans ces quatre cas où la tête de l'enfant put franchir le détroit inférieur sans les secours de l'art, malgré sa position occipito-postérieure, deux des enfans étaient du sexe féminin et de taille moyenne; mais les deux autres enfans, garçons fortement constitués, étaient de taille et de volume remarquables.

On a observé, et je l'ai plusieurs fois constaté, que la tête se présentant en position occipito-postérieure au détroit supérieur, peut venir par un mouvement en spirale traverser le détroit inférieur, l'occiput en avant. J'avais cru remarquer d'autres fois un phénomène inverse. Un fait tout récent a dissipé mes doutes à ce sujet. Une jeune dame de taille moyenne, à bassin bien conformé, ayant le vagin et la vulve amples et très-extensibles, accouche pour la deuxième fois. La tête de l'enfant, de volume ordinaire, se présentait en deuxième position au détroit supérieur : elle devint tout-à-fait transversale en le franchissant, et ce fut la face qui se dégagea du détroit inférieur en glissant sous la branche gauche du pubis. Le périnée fut fortement déprimé, prêt à

se rompre. Je pus éviter cet accident; mais il survint un thrumbus à la lèvre droite.

D'après ce qui précède, il me paraît hors de doute que l'enfant peut franchir spontanément le bassin dans les cas de présentations de la face en avant. Je pense, avec beaucoup d'accoucheurs, que cette terminaison peut avoir lieu, quoique le bassin n'ait que ses dimensions typiques et l'enfant son volume ordinaire. Une tête volumineuse peut aussi franchir un bassin qui aurait des diamètres proportionnés, comme le prouve le fait publié par M. Dugès d'un enfant qui vint au monde sans le secours du forceps, bien qu'il se présentât dans une des positions occipito-postérieures et qu'il pesât huit livres, ce qui suppose un volume au-dessus des plus ordinaires. A plus forte raison ce phénomène peut-il avoir lieu quand, avec un bassin ordinaire, l'enfant est peu volumineux.

Donc la présentation de la face en avant devient une des causes prédisposantes et déterminantes les plus manifestes de la distension exagérée et de la rupture des régions ano-périnéales du vagin.

D. *Présentation de la face.* La sortie de la tête dans cette position du détroit inférieur soumet également le plancher ano-périnéal à une forte distension, et partant doit l'exposer à l'imminence d'une rupture. La question de la possibilité de la terminaison spontanée de l'accouchement dans cet état de présentation, se trouve aussi résolue affirmative-

ment par de nombreuses observations auxquelles nous pourrions en joindre deux qui nous sont propres.

E. Enfin une observation de Franck (*Der neue chir.*, t. 1, 1822, Sulzbach) prouve que la présence du bras accompagnant la tête de l'enfant, ajoutant à son volume, peut par la saillie et par la pression qui en résulte au moment du glissement de ces parties sur le périnée, en provoquer la rupture. Elle fut faite derrière la commissure postérieure de la vulve : le bras s'en échappa, mais on put extraire l'enfant par la voie ordinaire.

§ 3. *Causes provenant du plancher ano-périnéal.* Le plus ordinairement cette région vaginale présente assez de résistance pour s'opposer à une distension exagérée, résultant de la pression qu'exerce la tête de l'enfant; elle réagit sur lui, soit passivement, à cause du nombre, de la force et de l'élasticité des tissus superposés qui le composent, soit même activement, par l'action du plan musculaire faisant partie de ces tissus; en cédant, dans certaines limites, à la pression, elle attire la commissure de la vulve, et représente un plan incliné sur lequel la tête roule et glisse avec plus ou moins de facilité; dans les cas même où il existe une des positions fatales que nous avons dit prédisposer à la distension et à la rupture, cette résistance et cette souplesse suffisent en général pour éluder les effets de la pression et de la distension; mais il n'en est pas toujours ainsi,

ces parties peuvent être constitutionnellement lâches, molles ou affaiblies par quelque altération pathologique, ou vaincues par la force et la prolongation de la pression qui détermine leur ramollissement phlegmasique ou sphacéleux. Plus elles cèdent alors, plus elles perdent de leur résistance; la tête de l'enfant ne glisse plus sur ce plancher, mais le pousse au-devant d'elle; bientôt recouverte par le périnée distendu qui lui forme comme une sorte de calotte, elle se trouve au-dessous du niveau de la vulve; si alors l'art n'intervient pas pour suppléer à ce défaut d'action réfléchissante du périnée, ou bien la rupture s'opère immédiatement par les progrès de la pression et de la distension, ou bien le point le plus culminant, correspondant, comme nous l'avons démontré, au centre du périnée, ce point, dis-je, se trouve altéré, mortifié, et il se rompra au moindre nouvel effort de pression.

Comme chez les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfans, les tissus sont plus raides, plus résistans; si les efforts d'expulsion sont très-intenses, le périnée se rompra en totalité ou isolément, plutôt que de céder à la distension; aussi compte-t-on un certain nombre de primipares parmi les femmes qui ont offert des exemples de ces accidens.

J'ai dit que le bourrelet formé par la saillie urétrale du vagin, en empêchant l'occiput de s'engager sous les pubis, devenait ainsi cause prédisposante de la distension et de la rupture du périnée. On ob-

serve parfois une déprédisposition analogue en arrière. Les replis inférieurs et postérieurs du vagin, refoulés par le roulement de la tête de l'enfant, s'interposent entre elle et la commissure de la vulve en forme de bourrelet qui agit comme arc-boutant, et force ainsi le périnée à recevoir seul tous les efforts de pression.

§. 4. *Causes provenant des obstacles que présente la vulve à la sortie de l'enfant.* Toutes les dispositions anormales dépendant du volume ou de la disposition vicieuse de l'enfant, des vices de conformation du bassin, de la faiblesse du plancher ano-périnéal, ne suffisent pas le plus ordinairement pour occasioner la rupture de cette région vaginale. Si la vulve est souple, extensible, dilatable, comme cela a lieu dans l'état le plus ordinaire d'après la nature des tissus qui entrent dans sa composition, elle se trouve déprimée, attirée en en bas par la pression du périnée. C'est sur elle seule que porte, pour ainsi dire, la distension qui opère son élargissement latéral, en même temps que son agrandissement d'avant en arrière; ce sera bientôt sur elle seule, quand la tête s'y trouvera engagée, que se portera l'imminence de ces ruptures.

Les obstacles à l'engagement de l'enfant à travers la vulve sont donc les conditions essentielles à la rupture du périnée; à leur défaut, les autres causes précédemment rapportées sont sans résultats; eux seuls disposent à la distension du périnée, et rendent

sa rupture imminente. En effet, l'enfant, énergiquement poussé par les efforts parturitifs, franchit le bassin, refoule en avant la région vulvaire indilatable, pèse de tout son poids sur le plancher ano-périnéal, et vient quelquefois faire saillie entre les cuisses sous la forme d'une tumeur ovalaire volumineuse, recouverte par le plancher fortement distendu.

Dans ces cas ce plancher est tellement aminci que l'on peut sentir et distinguer à travers les fontanelles, les sutures, comme si la tête n'était recouverte que d'une simple membrane. La rupture est imminente alors, si elle n'a pas eu lieu avant que le périnée n'ait acquis ce grand complément de distension.

La résistance qu'oppose la vulve à la sortie de l'enfant peut provenir de diverses causes.

A. La rigidité normale des tissus qui composent cette région, comme on l'observe chez les femmes enceintes pour la première fois, soit vieilles, soit jeunes.

B. La petitesse de cette ouverture, et sa direction en avant, cas dans lequel le coït est difficile, et où l'on remarque que le périnée a une étendue plus grande d'avant en arrière, proportionnée à la petitesse de la vulve, comme l'a observé M. Dupuytren chez la femme dont nous rapporterons l'histoire.

C. L'inextensibilité des bords de la vulve, par d'anciennes cicatrices, l'induration, un état squirrheux, etc.

88[e] OBSERVATION. — Cicatrice à la vulve. Rupture du périnée et de l'anus. Passage de l'enfant par cette voie.

Une marchande de toiles de la rue Montmartre avait eu, dans son enfance, un dépôt près de la fourchette; il en était résulté une cicatrice dure et comme calleuse, qui rétrécissait considérablement la vulve, et rendait la sortie de l'enfant impossible par cette voie. Au moment de son premier accouchement, le périnée, très-distendu, se rompit dans son centre, le sphincter de l'anus céda également, mais la fourchette resta intacte; elle présentait un bon pouce de surface depuis la vulve jusqu'à la déchirure. La plaie avait une forme triangulaire. La guérison en fut inutilement tentée par les moyens ordinaires. MM. Marchais et Royer, appelés en consultation, s'aperçurent que la fourchette mettait obstacle à la guérison, ils en conseillèrent la section qui fut exécutée sur-le-champ. La malade a guéri en peu de temps (Champenois).

D. L'occlusion plus ou moins complète de la vulve ou de l'isthme hyménale du vagin, par la persistance et la tenacité de la membrane hymen, par une cloison anormale, par l'agglutination ou la réunion accidentelle des grandes lèvres, etc., peut également apporter un obstacle plus ou moins grand à la sortie du fœtus, et rendre ainsi imminente la rupture centrale du périnée.

ARTICLE II. Causes déterminantes.

§ 1er. *Causes provenant de la mère.* — A. Les contractions utérines, les efforts que fait la femme pour les seconder, sont les causes les plus ordinaires des ruptures de l'extrémité inférieure du vagin et de ses auxiliaires, puisque c'est par elles que le fœtus, violemment poussé, presse sur cette région.

B. Les mauvaises positions que prend la femme pendant les derniers temps du travail de l'enfantement peuvent aussi contribuer à provoquer la distension et la rupture. Ainsi, si pendant les efforts d'expulsion de l'enfant engagé dans l'excavation du bassin, la femme fléchit le corps en avant, ou pousse trop vers l'anus, la pression fœtale s'exercera plutôt et plus violemment contre cette région et le périnée, et préludera ainsi à leur rupture immédiate ou consécutive.

89e OBSERVATION.

L'observation communiquée par Nedey à l'Académie royale de chirurgie en 1778 en est un exemple. Un enfant à terme passa à travers le périnée sans que la fourchette ni le sphincter de l'anus eussent été déchirés. La plaie, au sixième jour de l'accident, était de deux pouces quatre lignes et demie, et découpée en plusieurs endroits. Antérieurement elle suivait la direction du raphée, et elle s'étendait

postérieurement de chaque côté de l'anus, de manière à figurer un Y. On attribua cette rupture à la situation défavorable que prit la femme au moment où les efforts de la tête contre le périnée le tenaient dans une extension considérable; en effet, comme les douleurs se ralentissaient et que la femme était pressée par des envies d'aller à la garde-robe, la sage-femme renversa une chaise de bois entre les piliers de laquelle elle plaça le pot de nuit; elle fit asseoir la patiente sur cette espèce de chaise percée; c'est dans cette position qu'à la deuxième douleur l'enfant déchira le périnée et passa à travers.

Dans l'observation citée par M. Dupuytren (*Leçons orales de clinique chirurg.* t. II), cet illustre chirurgien attribue la rupture qui en fait le sujet, en grande partie à la position de la femme, qui était tellement soulevée par des oreillers, qu'elle était presque assise.

CHAPITRE II. — RÉSULTATS DES RUPTURES DE LA RÉGION ANO-PÉRINÉALE DU VAGIN.

Ces ruptures commencent parfois par la cloison recto-vaginale, et se bornent à cette partie, ou s'étendent au sphincter de l'anus jusqu'au périnée; ou bien, en divisant la cloison recto-vaginale et le périnée, elles épargnent la marge de l'anus, qui forme une sorte de pont ou de bride entre ces deux ouvertures. Mais le plus remarquable des résultats

des ruptures de la région ano-périnéale du vagin est le passage de l'enfant à travers la voie accidentelle qu'il s'est ainsi créée. Tout le monde est d'accord sur l'existence de ce phénomène, prouvé par des faits irrécusables. Mais il n'en est pas de même d'une circonstance particulière, relative au siége et aux limites de la rupture, circonstance qui a donné lieu à d'éclatans débats au sein de l'illustre Académie de Médecine de Paris. Je veux parler du *passage de l'enfant par une rupture centrale du périnée*, c'est-à-dire sans que la vulve ni l'anus fussent compris dans la déchirure. Malgré les graves et profondes discussions que ce sujet a soulevées, et auxquelles ont pris part les sommités dans l'art des accouchemens, la question est restée en litige. La théorie ou la pratique n'ont heureusement pas à souffrir des scissions qui règnent sur cet objet de pure curiosité, et duquel on pourrait dire, *qu'il ne méritait ni tant d'honneur ni tant d'indignités.*

Cependant je pense qu'en envisageant la question sous d'autres points de vue, en établissant une discussion plus logique, on peut parvenir à la résoudre d'une manière satisfaisante. C'est ce que je vais tenter de faire.

Nous n'avons plus à nous occuper des rapports de l'enfant avec le bassin, d'après le volume, la présentation, la position du premier, l'état des diamètres et de la direction du second, comme prédisposant aux ruptures du périnée : nous rappellerons

seulement cette conclusion générale que, quels que soient le volume, les présentations et la position de l'enfant, il peut produire la distension, et partant la rupture du périnée, toutes les fois qu'il peut franchir le bassin.

Nous rappellerons aussi la nécessité concomitante des prédispositions provenant de l'état du plancher ano-périnéal et de la vulve. La question se borne donc à la possibilité du passage de l'enfant à travers une rupture centrale du périnée produite sous l'influence des conditions précédemment décrites, ce qui réduit cette question à cette expression : *Peut-il se faire une rupture assez grande au périnée pour que l'enfant puisse la traverser?* Notre réponse sera affirmative.

On se rappellera encore ce qui a été démontré précédemment, savoir, 1° que le périnée proprement dit peut, par sa distension dans les dernières périodes du travail d'expulsion fœtale, acquérir jusqu'à trois pouces au moins d'étendue de la commissure de la vulve à la marge de l'anus, 2° que tranversalement, c'est-à-dire d'une tubérosité ischiatique à l'autre, la distension peut aller jusqu'à cinq à six pouces; 3° que les régions anales et vulvaires de cette partie du vagin contribuent aussi à la distension générale, en se distendant elles-mêmes, de manière à lui donner huit pouces et plus de diamètre antéro-postérieur.

Nous aurons donc à considérer les ruptures de

cette région en tant qu'elles ne s'étendent pas au-delà du périnée proprement dit, et en tant qu'elles peuvent s'étendre, soit sur les côtés de l'anus, soit sur les côtés de la vulve, sans atteindre ces ouvertures elles-mêmes.

§ 1er. Le périnée proprement dit peut-il présenter une rupture assez grande pour que l'enfant puisse la traverser?

La solution affirmative de cette question ne repose malheureusement que sur l'interprétation contestable de faits incomplets. Dans le plus grand nombre de ceux qui offrent des détails circonstanciés sur la forme, l'étendue, la direction des ruptures, on voit qu'elles ne se bornaient pas à l'aire du périnée proprement dit, mais qu'elles s'étendaient jusqu'aux régions vulvaire ou anale, c'est-à-dire sur les parties latérales de l'anus et de la vulve dont elles respectaient ainsi les ouvertures. Quant aux autres observations dans lesquelles on a négligé de rappeler ces circonstances importantes, bien qu'il soit possible que les ruptures se bornassent à la région périnéale, sinon dans toutes, au moins dans quelques unes, on ne peut logiquement s'en servir pour base d'une opinion affirmative, l'opinion opposée pouvant tout aussi bien les interpréter en sa faveur. Voici l'analyse des faits que nous avons pu recueillir sur ce sujet.

90e OBSERVATION.

Pendant que M. Hernu faisait le service des accouchemens à l'Hôtel-Dieu, sous le célèbre Dessault, il assista une femme dont l'enfant se présentait en première position de la tête, et qui s'échappa par une rupture qui se fit au périnée et qui épargna l'anus et la vulve. La présence du cordon ombilical tenant encore à l'enfant et traversant la rupture, ne permit pas de douter du passage de celui-ci à travers cette ouverture accidentelle, dont M. Hernu ne se rappelle pas quelles étaient la forme et la direction.

91e OBSERVATION.

Il en est de même du fait remarquable recueilli en 1788 par Coutouly.

« Toutes mes précautions, dit-il, devinrent inu-
« tiles. La partie centrale du périnée fut déchirée :
« la tête continuant d'être poussée avec la même vio-
« lence contre ma main, je me vis obligé de lui livrer
« passage à travers la déchirure et de faire, par la
« même voie, l'extraction d'un enfant à terme, ainsi
« que du placenta qui le suivit immédiatement. Je
« cherchai aussitôt à m'assurer de ce qui s'était
« passé. Je remarquai à un pouce au-dessus de l'anus,
« vers le centre du périnée, un trou frangé, d'où
« partaient deux déchirures : l'une, qui suivait la
« direction du raphé, s'était arrêtée à peu de dis-

« tance de la vulve, et l'autre qui se déviait du côté « droit, ce qui formait une plaie qui avait à peu « près la figure d'un Y. »

Mais jusqu'où s'étendait la déchirure qui se déviait à droite? Les branches de l'Y embrassaient-elles l'anus ou la vulve?

92e OBSERVATION.

« Dans le cours de l'année 1820, dit Mme Lachapelle (obs. IV), une de mes élèves m'écrivit pour me demander des conseils sur sa propre position. Elle était accouchée spontanément, après une première grossesse, d'un enfant peu volumineux. Cet enfant avait traversé le périnée sans rompre ni la fourchette ni le sphincter de l'anus, quoique la plaie s'étendît depuis le bord même de cette ouverture jusqu'à trois lignes de la vulve. La suture entrecoupée fut pratiquée sans succès. »

Cette ouverture existait-elle sur le raphé? N'est-il pas plus probable qu'elle s'étendait sur les parties latérales de l'anus et de la vulve? Le fait n'est pas assez exactement détaillé pour reconnaître quel était le véritable état des parties, et il laisse conséquemment du doute sur le siége précis, la direction et l'étendue de la rupture.

On trouve encore plus de vague dans l'observation que Bianchi rapporte (*De naturali humano corp. morbosq. generationem*, p. 107.)

93e OBSERVATION.

Venetiis, anno MDCCXXIX, in infimo ventris re-

gionis graviditate, inter irritos pariendi diuturnos conatos, a quâdam primâparâ feminâ, robustâ et juveni, per abnormem profundamque extemplò spontèque præstitam in perinæo scissuram, seu plagam, masculus puer vivus, et adhùc vivens, partus est cum quâdam sanè vaginæ intestino anexæ laceratione, sed cum indè sequenti facilique matris incolumitate. »

94e OBSERVATION.

En 1822, M. Merriman assistait à l'accouchement d'une femme primipare. Le travail avançait rapidement. Le périnée était excessivement distendu par la tête du fœtus. L'accoucheur le soutenait avec la paume de la main gauche : mais tout à coup il sentit un corps qui glissait derrière sa main; c'était l'enfant qu'une vigoureuse contraction acheva d'expulser par la déchirure. Le placenta sortit peu après par la même voie. L'anus et la commissure postérieure de la vulve étaient restés intacts. La mère se rétablit et accoucha par la suite sans accidens. (*Synopsis of the various*, etc. 4e édit. 1826.) Ici, mêmes remarques sur l'omission de la direction et des limites de la déchirure.

95e OBSERVATION.

Il en est encore de même du fait de Meckel (*Neues journal die chirurgie.* tom. 4, 1811), et

dans lequel la vulve et la fourchette furent épargnées. La femme était primipare.

96e OBSERVATION.

Nous en dirons autant du cas consigné par MM. Granis et Lebrun dans les *Annales de la médecine physiologique* (juillet, 1825).

97e OBSERVATION.

Enfin l'observation dont M. Dupuytren a rapporté l'histoire dans sa clinique, laisse encore à désirer comme exemple de rupture exclusivement centrale du périnée. « Mme B., âgée de trente-huit ans, d'une taille moyenne, d'une conformation régulière, mariée depuis environ un an et enceinte pour la première fois, ressentit les douleurs de l'enfantement dans la matinée du 3 septembre 1832. L'enfant présentait la tête en première position. Le travail marcha rapidement et ne fut guère arrêté que lorsque l'occiput vint s'offrir à la vulve qui était fort étroite. La femme souffrait depuis quatre heures; alors, après deux douleurs assez vives, la sage-femme sentit que le périnée se déchirait sous la main avec laquelle elle soutenait cette partie. Presqu'au même instant la tête et tout le fœtus sortirent par cette ouverture accidentelle. Ayant coupé le cordon et remis l'enfant à d'autres personnes, la sage-femme retrouva le cordon ombilical pendant à travers la plaie, et le placenta engagé

dans cette ouverture par laquelle il fut également extrait. L'enfant était de taille moyenne.

Le deuxième jour, un lavement donné à l'accouchée ne put être retenu; ce qui fit penser à la sage-femme que l'anus était déchiré, d'autant plus qu'elle crut qu'une partie du liquide était ressortie par la plaie.

Le douzième jour, M. Guersent fils réunit les bords de la plaie à l'aide de la suture enchevillée. Après cinq jours révolus, la réunion était complète, à l'exception d'un petit point fistuleux vers le rectum. Les fils furent enlevés : deux jours après, cette réunion fut détruite dans un effort que fit la malade.

Entrée à l'Hôtel-Dieu le 6 octobre, on trouva chez cette femme l'ouverture de la vulve fort en avant. Derrière cette ouverture, on en apercevait une autre irrégulièrement arrondie qui pouvait admettre l'extrémité de trois doigts; elle était située un peu plus à gauche. Entre ces deux ouvertures existait une commissure charnue un peu moins forte que l'extrémité du petit doigt : derrière la seconde ouverture se trouvait l'anus.

Comme la sage-femme n'a pas indiqué quelle était la forme, l'étendue, la direction de la rupture, on ne peut affirmer si elle était bornée à la région périnéale proprement dite. Les lumières, fournies à ce sujet par l'examen qu'on en fit quand cette femme entra à l'Hôtel-Dieu, disent bien comment

était alors la plaie, mais elles ne peuvent rien préjuger sur ce qu'elle était au moment de l'accident; le temps qui s'était écoulé depuis lors, les tentatives de réunion que l'on avait faites ayant pu changer la forme de la plaie et amener la cicatrisation de ses angles.

Enfin on ne trouve pas d'indications plus précises dans les faits publiés par Thiebaut (1), Frank, Master (2), par M. Moschener (3), par M. Jungman, etc., ni dans celui de M. Doster cité par M. Velpeau.

Ainsi, faute de description assez complète, tous ces faits qui prouvent évidemment que l'enfant peut passer à travers une rupture du périnée sans que l'anus et la vulve aient été atteints, ne peuvent servir à démontrer que la rupture a été centrale, c'est-à-dire bornée à la région périnéale proprement dite.

Donc, pour suppléer aux faits qui manquent, ou ne sont pas assez explicites, j'ai eu recours à l'expérimentation suivante : j'ai taillé des segmens de peau de daim, de forme et de dimension analogues à l'espèce de plancher que forme le périnée distendu par la présence de la tête de l'enfant, au moment où les bosses pariétales se dégagent du détroit inférieur, c'est-à-dire de forme ovalaire, ayant

(1) *Journ. de la Soc. de méd.*, t. XXXIV, p. 178.

(2) *Arch. gén.*, t. XXIV.

(3) *Bulletin de Férussac.*

huit pouces de grand diamètre et six de petit. J'ai fixé successivement ces pièces autour de l'ouverture vulvaire d'un mannequin obstétrical. J'ai marqué sur ces pseudo-périnéal, en avant la vulve, en arrière l'anus, de manière à ne laisser entre ces deux ouvertures que trois pouces représentant le périnée distendu. Le bassin du mannequin présentait ses diamètres ordinaires, et le fœtus garni était celui d'un enfant à terme.

A. *Première expérience.* La tête d'un enfant ordinaire, en position la plus favorable, et présentant par conséquent quatre pouces sur trois et un quart, ne peut traverser une ouverture résultant d'une division du raphé périnéal qui, n'ayant que trois pouces de long, ne permettrait qu'un écartement bien insuffisant à ses bords, déjà portés à leur plus haut degré d'extension.

B. *Deuxième expérience.* Une division qui coupe transversalement le périnée, pouvant avoir plus de cinq pouces d'étendue, donne lieu à un écartement suffisant d'avant en arrière, par le refoulement des régions anale et vulvaire, pour permettre le passage de l'enfant.

C. *Troisième expérience.* Une division diagonale du périnée distendu, pouvant avoir de six à six pouces et demi d'étendue, peut, à plus forte raison, fournir le même résultat.

D. *Quatrième expérience.* On obtient évidemment un écartement bien plus prononcé si, au lieu d'une

seule division, on en pratique plusieurs qui s'unissent ou se croisent à angles différens, de manière à former un T, ou un Y, ou un X, ou une +.

Le fait suivant peut être invoqué comme preuve.

98e OBSERVATION.

Le chirurgien Morter, de Kœnigsberg, a donné une observation de rupture centrale du périnée qui se rapporte exactement à cette catégorie. Le 31 mai 1824, il fut appelé précipitamment auprès d'une femme primipare en travail, âgée de vingt-cinq ans. La sage-femme lui dit que l'enfant venait par le rectum; il semblait en effet, au premier aspect, que la paroi antérieure du rectum et la paroi postérieure du vagin s'étaient déchirées en même temps que le périnée, et que le fœtus allait être expulsé par cet hiatus. Quelques fortes contractions chassèrent l'enfant à travers cette plaie; l'arrière-faix suivit bientôt la même voie. L'accouchement terminé, M. Morter reconnut que la vulve était intacte, et que le rectum ni l'anus n'avaient été lésés. Au-devant de l'anus, commençait une rupture qui s'étendait, dans le sens du raphé, jusqu'à un pouce en arrière de la vulve. Au milieu du périnée existaient encore deux ruptures transversales, en sorte que la plaie entière offrait une forme cruciale. (*Rut's Magazin*, etc., t. XXVI, 1828.)

Si au lieu de ces divisions nettes, droites, linéaires, on réfléchit que les ruptures proprement dites

sont irrégulières, frangées, qu'elles présentent des intersections plus ou moins profondes, on concevra que ces ouvertures accidentelles doivent offrir plus d'écartement encore. J'ai supposé que le périnée était à son plus haut degré de distension au moment de la rupture. Si celle-ci s'opère sur cette région peu distendue, les dimensions de l'ouverture seront insuffisantes d'abord, mais ses bords pourront se distendre secondairement par la présence et la pression de l'enfant, d'autant plus facilement que la solution leur laissera plus de liberté pour céder à cette distension.

Enfin nous ferons observer que dans les ruptures qui succèdent à une pression prolongée, celle-ci détermine l'altération, la gangrène d'une étendue plus ou moins considérable du périnée, d'où peut résulter une perte de substance qui ajoute à l'étendue de l'ouverture, et permet à ses bords d'être facilement refoulés. En voici un exemple :

99e OBSERVATION.

En 1823 une femme de trente-cinq ans, enceinte pour la seconde fois, se présenta à l'hospice d'accouchement de Prague. Les eaux étaient écoulées depuis six heures; les douleurs, qui étaient très-fortes au commencement, avaient cessé depuis une demi-heure. On apercevait le sommet de la tête du fœtus dans la vulve, qui était arrondie et très-étroite. Le périnée, fortement distendu et déprimé, était frappé de

gangrène depuis l'anus jusqu'au milieu de sa longueur. La cloison recto-vaginale, déjà rompue, permettait de toucher directement la face de l'enfant. Il existait à la fourchette une cicatrice dure et résistante, résultant d'une déchirure qui avait eu lieu au premier accouchement. Pendant que l'on se disposait à appliquer le forceps, à diviser cette bride, la tête se fit jour à travers le périnée gangréné, et l'enfant sortit en entier par cette ouverture. (*Conspectus partuum in Lechodochio Pragenti*, etc., Prague, 1826.)

Il est donc évident que le périnée peut être ouvert assez grandement pour laisser passer l'enfant de volume ordinaire, et même de diamètres plus considérables, sans que l'anus, ni la vulve, ni même les régions *anale* et *vulvaire*, soient empiétés par la rupture; par conséquent, *la possibilité du passage de l'enfant à travers une rupture centrale du périnée est un phénomène possible*, *sinon encore démontré par les observations.*

§ 2. *Rupture affectant simultanément le périnée et les parties latérales de l'anus et de la vulve sans envahir ces ouvertures.* Tous les faits bien circonstanciés, donnés comme exemple du passage de l'enfant à travers une rupture du périnée, présentent les caractères signalés dans ce titre. Dans tous la rupture envahissait, soit la région anale, soit la région vulvaire, ou toutes les deux à la fois; dans ces cas, en effet, la rupture peut atteindre des dimen-

sions plus que suffisantes pour livrer passage à un enfant qui serait même d'un volume au-dessus de l'ordinaire.

A. La rupture peut s'étendre longitudinalement en longeant la vulve et l'anus, depuis les branches du pubis jusqu'au petit ligament sacro-sciatique; dès lors tout le plancher périnéal se détache par un de ses bords de la marge du détroit inférieur; n'étant plus soutenu de ce côté, il se trouve facilement refoulé par l'enfant, qui s'échappe à travers cette vaste ouverture.

C'est ainsi que paraissent s'être passées les choses dans l'observation suivante rapportée par Joseph Trinchinetti. (*Observations sur quelques accouchemens difficiles;* Milan, 1819).

100e OBSERVATION.

Dans les premiers jours d'avril 1816, une femme d'environ trente-quatre ans, d'une forte constitution, et enceinte pour la première fois, fut admise à l'asile de Sainte-Catherine; elle était dans le neuvième mois de sa grossesse. Vingt jours après son entrée, les douleurs de l'accouchement se manifestèrent; au bout de plusieurs heures les membranes se rompirent et les eaux s'écoulèrent par les voies naturelles: mais bientôt les douleurs devinrent plus violentes et plus rapprochées, et, après des efforts répétés, le fœtus déchira la partie supérieure du vagin et le périnée du côté de la cuisse droite, et

s'ouvrit ainsi une voie qui n'avait aucune communication ni avec l'anus ni avec la vulve.

Tout ce que l'on peut comprendre de ce fait, c'est que la déchirure régnait sur les parties latérales de la vulve, entre la lèvre droite et la branche descendante des pubis, que de là elle gagnait les côtés correspondant de l'anus entre cette ouverture et l'ischion; mais, dans tous les cas, ce n'était pas là une rupture centrale du périnée.

101e OBSERVATION.

Le fait que l'on doit à John Donglas (Dublin, *hospital Reports*, etc., t. III, 1822) présente beaucoup d'analogie avec celui-ci.

Appelé près d'une femme en travail, le chirurgien trouva l'enfant sur le point de passer par une déchirure du périnée, la tête appliquée contre le côté de la cuisse gauche, et inclinée en arrière; une forte contraction expulsa le reste du corps. La rupture comprenait toute la partie latérale du périnée et une partie des tégumens de la cuisse et de la grande lèvre gauche. On retira le cordon ombilical par la vulve, ce qui n'empêcha pas le placenta d'être expulsé par la plaie; on fut ensuite obligé de diviser par l'instrument la bride que formait la commissure postérieure de la vulve, qui tombait en gangrène.

B. La division peut acquérir une étendue bien plus considérable encore, quand elle coupe diagonalement le plancher périnéal, de manière à s'éten-

dre du voisinage de l'anus au côté opposé de la vulve, comme dans l'observation recueillie par M. Evrat, et qui a servi de texte au Mémoire de M. le professeur Moreau, sur le passage de l'enfant à travers une rupture centrale du périnée.

102e OBSERV. — Passage de l'enfant à travers une rupture diagonale allant d'un côté de la vulve au côté opposé de l'anus.

« Mme D***, demeurant à Paris, quartier Poissonnière, n° 1, près des grands boulevards, âgée de dix-neuf à vingt ans, d'un tempérament sanguin, arrivée heureusement au terme d'une première grossesse, accoucha le 3 mars 1835. Le travail s'annonça convenablement et suivit une marche régulière : l'enfant se présentait dans la quatrième position de la tête; la dilatation du col de l'utérus se fit dans l'espace de cinq à six heures. La rupture de la poche des eaux eut lieu naturellement; lorsque la dilatation fut complète, la tête s'engagea sans beaucoup de peine dans l'excavation pelvienne; mais lorsqu'elle fut arrivée au point de franchir le détroit périnéal, elle éprouva des difficultés assez grandes pour arriver sous l'arcade des pubis. Dans une douleur très-vive, M. Evrat, qui assistait cette jeune dame, crut sentir que le milieu du périnée, qui répondait à la paume de la main, perdait de son épaisseur, de son élasticité, et cédait d'une manière sensible à la pression que la tête de l'enfant venait d'exercer sur lui. Il réfléchissait comment il pour-

rait s'opposer à la déchirure du périnée, qui lui paraissait imminente, lorsqu'une douleur énergique, dont il ne put modérer l'effet, vint expulser l'enfant, mais de telle sorte, que la tête de l'enfant, au lieu de s'échapper par les voies naturelles, passa à travers le périnée, en laissant au-devant d'elle la commissure postérieure de la vulve, et en arrière l'orifice de l'anus parfaitement intacts.

La plaie irrégulière, résultat de cette perforation, s'étendait à droite dans la direction de la branche ascendante de l'ischion et descendant des pubis; elle dépassait en devant le niveau de la commissure postérieure de la vulve, et en arrière contournait un peu l'anus, puis elle se portait transversalement de droite à gauche, entre l'anus et la vulve, jusque près de la tubérosité de l'ischion du côté gauche.

La délivrance ne se fit pas long-temps attendre, et le placenta sortit par la voie qui avait donné issue à l'enfant; un doigt, porté dans l'anus, donna l'assurance que l'intestin n'était pas compris dans cette déchirure.

Cet accident, pour l'observation duquel M. Evrat m'avait fait appeler immédiatement, effraya beaucoup les parens de la jeune dame; leurs craintes furent bientôt dissipées par l'assurance que nous leur donnâmes que cela n'aurait pas de suites fâcheuses, et surtout lorsque nous leur citâmes des exemples de femmes qui avaient éprouvé le même accident, et qui cependant s'étaient parfaitement réta-

blies. Deux jours après, M. Evrat ayant été obligé de se rendre en Angleterre pour assister une de nos princesses qui réclamait ses soins, je restai chargé de diriger cette dame dans les suites de sa couche; mais, jeune encore, je ne voulus le faire qu'aidé de la présence et des conseils de M. Désormeaux, qui continua à voir cette dame avec moi jusqu'à son parfait rétablissement.

Le traitement que nous suivîmes, et qui avait été arrêté de concert avec MM. Evrat et Désormeaux, fut extrêmement simple: nous nous contentâmes de faire coucher la malade sur le côté, les jambes et les cuisses rapprochées, et dans un état de demi-flexion; nous pansâmes la plaie à plat avec de la charpie; nous eûmes soin de tenir la malade à un régime sévère, d'entretenir la liberté du ventre au moyen de lavemens, de laxatifs doux, dans la crainte que les efforts pour expulser des matières dures, et le passage de ces matières par l'anus, ne vinssent contrarier ou même rompre la cicatrice à mesure qu'elle s'établirait. Nous agitâmes un instant la question de savoir s'il serait convenable de placer une canule de gomme élastique dans la vulve pour faciliter l'écoulement des lochies par cette voie, et s'opposer à leur passage par la plaie; mais nous sentîmes que l'emploi de ce moyen n'était pas exempt d'inconvéniens; aussi nous ne nous arrêtâmes point à cette idée. D'ailleurs le gonflement qui survint bientôt dans les bords de la plaie s'opposa

à tout passage des lochies par la déchirure. La malade suivit le régime avec une rare exactitude; au bout de cinq semaines de couche, elle était parfaitement guérie et la plaie complètement cicatrisée.

Depuis, cette jeune dame est accouchée une seconde fois à terme et sans accident; la cicatrice a résisté aux efforts du travail; il n'y eut, lors du passage de l'enfant, qu'une légère déchirure à la fourchette, comme cela arrive souvent chez les femmes qui accouchent pour la première fois.

C. La rupture peut avoir la forme d'un V dont les branches embrasseraient, soit la vulve, soit l'anus. Aussi, dans le plus grand nombre de cas, elle affectait la forme d'un Y. Ici trouve sa place l'observation que M. P. Joubert a publiée, en 1822, dans le *Bulletin de la Société médicale d'émulation.*

103e OBSERVATION.

Mme ***, âgée de vingt-trois ans, parvenue au neuvième mois d'une première grossesse, fit appeler ce médecin le 14 décembre, à six heures du soir. L'orifice de l'utérus était peu dilaté; l'enfant se présentait par la tête, dans une des trois dernières positions, ce qui ne fut reconnu qu'au moment du passage de la tête à travers le périnée. Le travail fut lent; le col n'était pas encore complètement dilaté; la malade fut saignée le 15, à quatre heures après midi; la tête se plongea bientôt, et peu de temps après, l'accouchement se termina par la rupture de la par-

tie centrale du périnée dont la distension extrême lui donnait une étendue de cinq pouces au moins : la délivrance se fit par la plaie ; il ne survint aucun accident ; l'accoucheur fut fort effrayé.

La déchirure s'étendait de chaque côté de l'anus ; elle avait la forme d'un Y ; la plaie fut recouverte d'abord avec de la charpie imbibée d'une décoction émolliente, puis de la charpie sèche recouverte de compresses graduées, fixées par un bandage en T.

La malade fut couchée sur le côté, les jambes rapprochées par un lac : on la soumit à une diète rigoureuse ; des lavemens lui furent administrés régulièrement pendant douze jours, et au bout de cinq semaines, la cicatrisation était complète. La même femme étant devenue grosse, accoucha naturellement trois ans après, et sans éprouver le moindre accident (*Transact. médic.* p. 133).

104e OBSERVATION.

Enfin, dans le fait observé et publié par M. Velpeau (1), la plaie inégale et frangée, un peu concave en arrière, se prolongeant un peu plus à gauche qu'à droite, devait embrasser par ses angles les côtés de l'anus.

Il arrive aussi que, dans ces cas, et par suite de l'extensibilité dont jouit à un si haut degré la marge de l'anus, cette partie résiste à la rupture qui, après

(1) *Tocologie*, 2e éd. t. II, p. 633.

avoir divisé le rectum, s'étend par le vagin jusqu'au périnée et jusqu'à la fourchette, de manière que le sphincter forme une sorte de pont entre les deux ouvertures accidentelles qu'il sépare en même temps de l'ouverture naturelle.

Conclusions relatives au passage de l'enfant à travers la rupture du périnée.

1. Le passage de l'enfant à travers une rupture centrale du périnée, c'est-à-dire qui ne s'étendrait pas au-delà des limites de cette région, est un phénomène possible, bien qu'il n'en existe pas d'exemples entièrement incontestables parmi les observations recueillies à ce sujet.

2. A défaut d'observations concluantes, ce phénomène peut être conçu et prouvé par les dimensions que la région périnéale proprement dite est susceptible d'acquérir, et qui sont telles que des ouvertures qui ne s'étendraient pas au-delà de cette région, peuvent être assez grandes pour permettre le passage de l'enfant.

3. Le passage de l'enfant à travers une rupture atteignant, outre le périnée proprement dit, les parties latérales de l'anus et de la vulve, se conçoit plus facilement d'après l'étendue que peuvent avoir alors ces solutions de continuité.

Ce phénomène est d'ailleurs prouvé par un grand nombre de faits authentiques et connus. Comme dans ces cas la rupture ne communique pas avec

les ouvertures anale et vulvaire, on les a pris en témoignage de la possibilité du passage de l'enfant à travers une rupture centrale du périnée.

4. Les obstacles que la vulve oppose à la sortie de l'enfant sont les causes les plus ordinaires, et on peut dire les plus généralement essentielles des ruptures du périnée par lesquelles l'enfant s'échappe; ainsi son étroitesse, sa direction trop en avant, la rigidité naturelle ou pathologique des lèvres ou de la commissure postérieure, son occlusion ou celle de l'isthme hyménal du vagin.

5. Quand ces obstacles existent seuls, ce phénomène peut avoir lieu, quels que soient le volume, la position et la présentation de l'enfant, pourvu que ces circonstances fœtales ne s'opposent pas à l'expulsion extra-pelvienne. De plus, sous cette condition, le volume de l'enfant doit prédisposer à la rupture, d'autant plus qu'il sera plus considérable, puisqu'il exposera le périnée à une plus forte pression et à une distension plus extrême.

6. Le petit volume de la tête ou de toute autre région que l'enfant présente, ne dispose à la rupture que parce qu'alors la partie éludant l'action réfléchissante du plan courbe sacro-coccygien, pèse plus directement sur la région ano-périnéale.

7. Les conformations vicieuses du bassin qui empêchent la tête de l'enfant de s'engager sous les pubis, comme la hauteur de ces os, l'étroitesse de leur arcade, ou qui ne s'opposent pas à la direc-

tion perpendiculaire ou oblique en arrière imprimée au moment d'expulsion, comme la saillie sacro-lombaire trop considérable, le déjettement de la pointe du sacrum et du coccyx en arrière; ces vices de conformation, dis-je, dans lesquels l'enfant est directement poussé contre le plancher ano-périnéal, l'exposent à la distension et rendent la rupture imminente.

8. Les présentations occipito-postérieures et celles de la face agissent de même que le ferait la hauteur des pubis ou l'étroitesse de leur arcade. Elles obligent de même la tête à descendre plus bas, pour qu'elle puisse s'engager sous celle-ci, et exposent conséquemment le périnée à une distension plus considérable, à la rupture et à l'expulsion de l'enfant par cette voie anormale.

9. Les efforts d'expulsion dirigés de manière à pousser l'enfant parvenu dans l'excavation pelvienne, contre le sacrum, le coccyx et l'anus; la position du corps telle que ces efforts portent dans la même direction, comme dans la flexion du tronc en avant, ou même sa courbure en arrière, de manière que l'angle sacro-vertébral soit rendu plus saillant, ces circonstances deviennent ainsi des causes de distension et de rupture plus ou moins centrale du périnée et du passage de l'enfant à travers.

10. L'état de rigidité, d'inextensibilité du plancher ano-périnéal, en s'opposant à sa dépression suffisante pour que la tête de l'enfant puisse sortir du

bassin, et se présenter à la vulve, doit prédisposer à une rupture directe, non précédée de distension remarquable.

11. Mais le plus ordinairement ce plancher cède d'abord en se distendant, soit par suite de la laxité naturelle des tissus qui le composent, soit parce qu'ils se trouvent affaiblis et vaincus par la violence ou la prolongation de la pression, soit enfin parce qu'ils sont ou deviennent le siége d'altérations pathologiques qui diminuent leur résistance.

12. Les causes actives ou déterminantes de cette lésion et des phénomènes qui en résultent consistent dans les efforts d'expulsion de l'enfant, efforts dépendant eux-mêmes, soit des contractions énergiques de l'utérus, soit de l'action des parois abdominales.

13. Le seigle ergoté ne doit-il pas ajouter à l'action néfaste de ces efforts, en les rendant plus intenses et plus soutenus?

§ 5. *Passage de l'enfant à travers la vulve, malgré l'existence d'une rupture au périnée.* La distension extrême du périnée n'entraîne pas toujours sa rupture, de même que celle-ci n'a pas toujours pour résultat le passage de l'enfant à travers elle, soit que cette rupture s'effectue à l'instant même où la tête s'engageait dans la vulve, soit qu'elle ait précédé ce temps parturitif.

105e OBSERVATION. — Rupture centrale du périnée pendant que la tête franchissait la vulve.

Dans l'année 1818, une jeune femme, enceinte pour la première fois, ayant la vulve très-étroite, était, depuis plusieurs heures, parvenue au dernier temps du travail; on aperçut sur le milieu du périnée, qui souffrait alors ainsi que l'anus d'une énorme distension, une tache brunâtre; cette teinte tenait à l'excessive amincissement de la peau, à sa demi-transparence, qui permettait d'apercevoir sous elle le cuir chevelu du fœtus, comme elle en laissait toucher presque à nu la surface; cette tache était peu tendue dans l'intervalle des douleurs. Malgré les efforts les plus soutenus et les mieux dirigés, on ne put empêcher la rupture de cette partie amincie; elle s'opéra au moment même où la tête, dilatant forcément la vulve, s'échappait brusquement en dehors. Dans les jours suivans le périnée, comme le reste des organes génitaux, perdit un peu de son étendue, et alors la plaie offrait six lignes de longueur; elle était comprise entre deux parties saines, dont l'une formait en devant un pont d'un demi-pouce de largeur, la fourchette étant parfaitement intacte; l'autre constituait la marge de l'anus, et entre la plaie et cette ouverture il existait une distance d'environ trois lignes. Cette plaie communiquait avec le vagin, à cinq ou six lignes au-dessus de la fourchette. Quinze jours après l'accouchement, les

choses restant en cet état, M. Dubois conseilla de couper la fourchette et le pont qui en faisait partie. Cette opération faite, la plaie diminua peu à peu, et ne laissa d'autre trace qu'une gouttière peu profonde. (Mme Lachapelle, p. 106.)

106e OBSERVATION analogue.

Le 8 février 1818, la nommée Desch... se trouva absolument dans les mêmes circonstances que celles dont il vient d'être question, seulement la tache périnéale était tendue, lisse et blanchâtre; elle se rompit au moment où la tête sortait par la vulve. La fourchette était également restée intacte avec une portion de peau de six lignes de large, et le sphincter de l'anus était d'autant plus intact que la plaie, au lieu d'être tout-à-fait longitudinale, se dirigeait vers la fesse droite; la déchirure avait environ trois pouces de longueur totale. Cette femme mourut d'une pneumonie scarlatineuse.

107e OBSERVATION.

Le 12 mars 1821, une femme primipare lymphatique, infiltrée, et d'un embonpoint assez considérable, accoucha pour la première fois. Le travail avait duré huit à dix heures; l'enfant pesait six livres; il était vivant.

Dans les derniers temps du travail, la vulve, naturellement fort étroite, et rétrécie encore par l'œdématie des grandes lèvres, résistait fortement. Le péri-

née était violemment distendu; tout à coup la peau s'éraille le long du raphé, et une déchirure superficielle occupe la longueur du périnée. Vers l'anus, la déchirure est plus profonde, et il en sort beaucoup d'eau; cependant la matrice redoublait d'efforts, et, après cinq douleurs, elle fit franchir à la tête la dernière barrière. Malgré le soin de trois personnes dont les mains, appliquées l'une sur l'autre, soutenaient le périnée, cette partie fut totalement rompue jusqu'auprès de l'anus, dont le sphincter resta néanmoins intact. Les soins de propreté et le rapprochement des cuisses suffirent pour consolider les parties entamées.

108e OBSERVATION.

J'ai vu, chez une jeune femme à son premier accouchement, une rupture en V, embrassant la commissure postérieure de la vulve. Le sommet de l'occiput était engagé, et faisait saillie, d'un pouce environ; la tête semblait en grande partie plongée dans le cul-de-sac que formait le périnée fortement distendu. La sage-femme, Mme B., qui venait de me faire appeler pour appliquer le forceps, parce que l'utérus semblait tombé dans l'inertie, me dit que durant le temps qu'on m'était venu chercher, les douleurs s'étaient ranimées; que la tête, retenue dans l'excavation pelvienne, avait été assez brusquement poussée en bas et en avant, et que la déchirure que je voyais venait de s'opérer à l'instant

même; j'appliquai la face palmaire de la main, de manière à embrasser la tumeur depuis le coccyx, où touchaient mes doigts, jusqu'à la commissure de la vulve répondant entre les éminences thénar et hypothénar; je fis appliquer la paume de la main droite de la sage-femme sur mes doigts pour augmenter leur force, et pouvoir refouler la tête d'arrière en avant; pendant qu'avec la paume de cette même main je soutenais le périnée, avec les doigts de la main droite j'écartais les lèvres et je pesais sur la commissure postérieure, de manière à la refouler en arrière; par ce moyen, aidé de quelques contractions utérines, et de quelques efforts ménagés de la mère, nous pûmes dégager entièrement l'enfant par la voie naturelle, sans que la rupture ait été augmentée. Après la délivrance, les lèvres de la plaie paraissant être en contact, je me bornai à prescrire des fomentations légèrement vineuses. Je n'ai pas revu la malade, mais la sage-femme me dit depuis que la cicatrisation s'était opérée très-facilement et en peu de temps.

109e OBSERVATION.—Rupture du périnée et de la cloison recto-vaginale, l'anus étant resté intact. Accouchement spontané.

Mme J. Mart., âgée de vingt-quatre ans, accoucha pour la première fois, le 10 février 1820, d'un enfant bien portant; aussitôt après on s'aperçut qu'il existait aux parties génitales des désordres plus grands que de coutume. La sage-femme qui l'avait

accouchée assura que, pendant le travail, un lavement était sorti par la vulve, et que dans l'accouchement même un bras s'était un moment montré par l'anus. Il existait une fente large et à bords douloureux, occupant le bas de la cloison recto-vaginale; à partir de cette fente on descendait en arrière dans le rectum et vers l'anus qui était sain; en avant, dans une déchirure qui s'ouvrait au périnée. La fourchette était intacte.

Ces faits sont faciles à concevoir. Lorsque l'occiput se présente à la vulve et s'engage sous l'arcade pubienne, la tête, qui pressait le centre du périnée par ses diamètres occipito-mentonniers de quatre pouces, le reporte, par son mouvement d'arrière en avant, vers la commissure vulvaire qu'elle tend à déprimer. Ce diamètre s'éloigne alors d'autant plus du centre périnéal que l'occiput fait saillie hors de l'arcade pubienne, de manière que ce n'est plus que le diamètre occipito-bregmatique, ayant un quart ou un demi-pouce de moins, qui correspond au périnée. Cependant l'art est obligé d'intervenir pour favoriser ce résultat, en dirigeant et poussant la tête d'arrière en avant, en maintenant la région périnéale, et en déprimant la vulve.

§ 6. *Résultats des ruptures centrales du périnée considérées en elles-mêmes.* Les différences que présentent les tissus sous le rapport de leur extensibilité, se remarquent dans les ruptures du périnée, lesquelles commencent par les tégumens, s'y bor-

nent quelquefois, ou s'étendent de là plus profondément; mais le plus ordinairement elles sont limitées aux parois vaginales.

Dans tous les cas, que ces ruptures bornées au périnée soient complètes ou incomplètes, elles entraînent peu d'accidens immédiats bien notables. Il est rare qu'elles donnent lieu à des hémorrhagies inquiétantes. Dans le plus grand nombre de faits observés, on a noté qu'il n'y en avait pas eu. Mais si la déchirure est étendue, la réunion devenant difficile, il peut en résulter une ouverture fistuleuse désagréable. Les inconvéniens sont plus grands encore quand la rupture a envahi la marge de l'anus, ou s'est étendue au rectum. Nous reviendrons sur cette infirmité dégoûtante à l'occasion des déchirures de la fourchette et du périnée.

CHAPITRE III. — SIGNES DES RUPTURES CENTRALES DU PÉRINÉE.

La douleur qui accompagne ce phénomène peut être rapportée à celle qui résulte de l'effort d'expulsion qui l'a produit : elle peut être nulle quand le périnée est fortement distendu et aminci, et surtout quand la rupture succède au ramollissement sphacéleux que la pression a déterminé dans ses tissus. Cette cloison, revenant sur elle-même après l'événement, la plaie perd de ses diamètres, ce qui peut contribuer à faire douter que l'enfant ait pu

la traverser, à moins que ce phénomène ne se soit passé sous les yeux de l'accoucheur, ou que la présence du cordon resté intact n'atteste qu'il a eu lieu.

Enfin le passage par la plaie de gaz intestinaux, l'écoulement par la même voie de matières stercorales, indiquent que la rupture s'étend au rectum avec ou sans la participation de la marge de l'anus.

CHAPITRE IV. — TRAITEMENT DES RUPTURES DU PLANCHER ANO-PÉRINÉAL.

ARTICLE PREMIER. Traitement préservatif.

Il consiste à écarter, à changer, à détruire les conditions anormales qui prédisposent à ces accidens, et que l'on peut rapporter en dernière analyse à trois chefs : 1° la direction vicieuse du fœtus qui lui fait porter tous les efforts de pression contre le plancher ano-périnéal ; 2° le défaut de résistance suffisante de ce plancher ; 3° enfin, les obstacles que présente l'ouverture vulvaire à l'engagement et la sortie de l'enfant. De là trois indications prophylactiques fondamentales. La première a pour but de diriger d'arrière en avant la partie fœtale qui se présente au détroit inférieur. La seconde est destinée à donner au plancher périnéal la souplesse ou la résistance nécessaire pour permettre qu'il cède suffisamment à la pression, ou qu'il résiste

à une distension exagérée. La troisième tend à écarter ou détruire les obstacles que la vulve présente à la sortie de l'enfant.

1re INDICATION. De quelque part que vienne *la direction vicieuse imprimée à la progression de l'enfant*, il importe de ne pas attendre, pour la corriger, que la région qui se présente ait franchi le détroit inférieur et fasse bomber le périnée.

§ 1er. *Présentation de la tête.* A. Une première précaution plus importante qu'on ne le pense à cette période de l'accouchement, c'est de donner ou faire prendre à la femme une position telle que l'angle sacro-vertébral fasse le moins de saillie possible, et que les efforts d'expulsion, qui jusque-là avaient pu et devaient être dirigés selon l'axe de l'utérus vers l'excavation du sacrum, portent maintenant suivant l'axe du détroit inférieur et dans la direction de la vulve. Il convient donc que la femme soit couchée à plat sur le dos, que pendant les douleurs elle soulève modérément le bassin en s'appuyant sur le dos et les talons. En même temps l'accoucheur comprime et redresse le fond de l'utérus avec une de ses mains ou celle des assistans, ou mieux encore au moyen d'un bandage circulaire.

B. Si l'enfant est peu volumineux, et que cette circonstance occasionne la pression exagérée du plancher ano-périnéal, pour les raisons que nous avons indiquées, il faut suppléer à l'action réflé-

chissante ou répulsive des courbures sacro-coccygiennes, pour diriger la tête d'arrière en avant. La compression dirigée dans ce sens avec les mains appliquées sur le coccyx, les échancrures ischiatiques et la région anale, suffit ordinairement dans ce cas; autrement on peut utiliser avantageusement le levier de Roonhuysen. Cet instrument est formé d'une tige métallique aplatie, arrondie et recourbée vers une de ses extrémités qui est pleine ou mieux terminée en cuiller fenêtrée. On engage cette extrémité jusque dans l'excavation du sacrum, et on applique ainsi sa concavité sur la partie correspondante de l'enfant. On tire alors sur le manche de manière à ramener cette partie d'arrière en avant; mais il faut combiner ce moment avec les efforts d'expulsion qui repoussent la tête hors du bassin, autrement l'action seule ou mal combinée de l'instrument, en appliquant la tête de l'enfant contre les pubis, empêcherait son expulsion extra-pelvienne. On observera que le levier ne doit avoir de point d'appui que sur la tête de l'enfant, et que la manœuvre doit être toute de traction. Si, comme je l'ai vu faire, on prenait ce point d'appui sur la fourchette, de manière à imprimer à l'instrument un mouvement de bascule tel que le manche étant dirigé en arrière, la cuiller soit ramenée et repousse la tête en avant, on s'exposerait inévitablement à déchirer la vulve et le périnée, comme j'en ai vu un exemple. C'était à l'occasion d'une présenta-

tion de la face. La tête ne pouvait franchir le détroit inférieur moins à cause de la position vicieuse que parce que la matrice fatiguée était tombée dans l'inertie. Le levier ne pouvait rien dans ce cas; aussi l'accoucheur qui l'avait employé malgré mon opposition, fut-il obligé de revenir à l'application du forceps que j'avais proposée d'abord. Mais déjà le périnée était assez profondément entamé, et, malgré toutes nos précautions, nous ne pûmes empêcher que le passage de la tête, entraînée par le forceps, n'agrandît cette déchirure jusqu'au rectum.

Lorsqu'il est nécessaire de combiner ce mouvement de bascule avec celui de traction, on doit se servir de la main libre, que l'on applique au-dessous et vers le milieu de l'instrument pour servir de point d'appui ou de centre de mouvement, tandis que de l'autre main on le fait agir.

D'après sa manière d'agir, le levier ne doit être employé, 1° que quand la tête ayant franchi plus ou moins complètement le détroit inférieur, il n'y a plus qu'à ramener cette partie en avant dans la direction de l'arcade sous-pubienne et de la vulve; 2° et auparavant, que quand les efforts d'expulsion sont assez énergiques, l'instrument combinant alors son action avec celle de l'utérus et des parois abdominales de manière à favoriser et l'expulsion extra-pelvienne de la tête, et son mouvement d'arrière en avant.

3° Sous ces conditions, le levier convient égale-

ment dans les cas où la prédisposition à la distension et à la rupture périnéale provient du déjettement de la pointe du sacrum et du coccyx en arrière. L'instrument supplée alors au défaut de courbure de ces parties, disposition nécessaire pour que la tête de l'enfant puisse glisser vers l'arcade sous-pubienne et la vulve.

On peut remplacer avec avantage le levier par une anse formée avec une tige de fer recourbée sur elle-même, ainsi que vient de le proposer le professeur Dugès. (*Revue méd.* Juillet 1835.)

C. Mais lors de présentation de la face, de présentation occipito-postérieure, comme aussi lorsque les pubis sont trop hauts, ou l'arcade sous-pubienne trop étroite, en un mot dans tous les cas où la tête de l'enfant ne peut s'engager sous cette arcade sans présenter de grands diamètres au périnée, le levier, par les raisons que je viens de dire, n'est pas seulement insuffisant, il peut même être plus nuisible qu'utile. Le forceps convient seul alors. Avec cet instrument en effet on supplée à l'insuffisance des efforts d'expulsion, et l'on imprime à la tête telle direction que réclame la délivrance.

Quels que soient la marche que l'on suive et l'instrument que l'on adopte, la manœuvre doit être opérée lentement, graduellement, sans brusquerie, sans secousses. Il faut imiter en cela la nature, qui laisse en général à la vulve et au plancher ano-périnéal le temps de prêter, par l'assouplissement de

leurs tissus, à la distension violente à laquelle ces parties se trouvent successivement soumises.

§ 2. *Présentation de l'extrémité pelvienne de l'enfant.* Comme cette région fœtale est peu volumineuse, on peut toujours l'accrocher, soit avec l'extrémité des doigts recourbés d'une main et agissant à la manière du levier, soit avec les indicateurs de chaque main introduits dans le pli des cuisses repliées sur le bassin, et agissant à la manière des crochets.

IIe INDICATION. *Mettre le plancher ano-périnéal en disposition de céder suffisamment à la distension nécessaire; empêcher que cette distension ne soit exagérée.* Dans les cas de trop grande rigidité de cette région qui menace de se rompre plutôt que de se distendre sous la pression d'un travail énergique d'expulsion, on doit d'abord modérer les efforts en ce qu'ils ont de volontaire de la part de la femme, tandis que, par les applications émollientes tièdes, les injections de même nature, les bains de siége, on donne aux tissus vulvaire et périnéaux la souplesse qui leur manque.

Si au contraire c'est par excès de souplesse prédisposant à une distension exagérée que pèche cette région, on doit alors suppléer à son défaut de résistance suffisante par l'application bien entendue des mains, par leur action refoulante. Dans les cas de distension rendant la rupture imminente, on se gardera de suivre l'avis de Mesnard, qui conseille

l'introduction des doigts entre le périnée et la tête de l'enfant, afin de la diriger vers la vulve. N'est-il pas évident que la présence des doigts, en ajoutant au volume de la tête et à la pression qu'elle exerce déja sur le périnée, en augmentera encore la distension et en provoquera plus tôt la rupture? Par les mêmes raisons, ce doit être avec la plus grande précaution que l'on appliquera dans ces cas le levier ou le forceps.

Mais, je le répète, les mains suffisent alors; jamais je n'ai eu recours qu'à leurs secours en pareil cas, et jamais elles n'ont failli au but que je me proposais. Elles peuvent très-bien et suffisamment suppléer au défaut de résistance et d'action refoulante du plancher ano-périnéal. Mais pour cela, il convient de les appliquer de manière qu'elles embrassent cette région du coccyx jusqu'à la vulve, et qu'elles représentent une surface légèrement recourbée, dont la concavité est dirigée dans le rayon de l'arcade sous-pubienne. Ainsi, on applique la main gauche, les doigts appuyant sur le coccyx, et la paume soutenant l'anus et le périnée, tandis qu'avec les doigts de la main droite on élargit ou déprime la vulve en la refoulant en arrière au-devant de la tête du fœtus.

III[e] Indication. *Ecarter ou détruire les obstacles que la vulve présente à la sortie de l'enfant.* — Lorsque la vulve n'est qu'étroite, que les bords sont d'un tissu peu extensible, on parvient en général

à opérer graduellement sa dilatation avec les doigts, en s'aidant de l'application immédiate des relâchans, comme cataplasmes laudanisés, fomentations émollientes, vapeur tiède, onctions huileuses, etc.; mais quand cette ouverture est rétrécie par quelques altérations organiques ou quelques cicatrices qui ont fait perdre aux tissus qui la circonscrivent leur extensibilité, il n'y a pas d'autre marche à suivre que celle dont M. Champenois a donné un exemple (*Journal de Médecine*, an 1811), et qui consiste à détruire les obstacles avec le bistouri.

110[e] OBSERVATION. — Incision de la vulve rétrécie par une ancienne cicatrice, pour prévenir la rupture centrale du périnée.

Une femme avait éprouvé, dans son enfance, à l'âge de trois ans, une brûlure considérable aux parties de la génération. La cicatrisation des plaies détermina une occlusion de la vulve, au point qu'il ne restait à la commissure supérieure des grandes lèvres qu'une ouverture par laquelle on pouvait à peine introduire le bout du petit doigt, et par où s'écoulait l'urine. Arrivée à dix-neuf ans, la jeune personne, qu'on désirait marier, fut amenée à Paris. On pratiqua une incision, par l'ouverture de laquelle s'écoulait l'urine, jusqu'aux environs du périnée; une des nymphes fut même retranchée. Soit que cette incision n'ait pas été assez prolongée, ou qu'on ne se soit pas assez opposé à la réunion, il en résulta

une cicatrice qui devait rendre l'accouchement impossible. La plaie parfaitement guérie, cette demoiselle retourna dans sa province, se maria et devint enceinte. Au huitième mois de sa grossesse, elle vint à Paris pour accoucher, et s'adressa à M. Champenois, qui la fit baigner et lui fit prendre des fumigations de siége, dans la vue de relâcher les parties. Le moment de l'accouchement arrivé, la tête de l'enfant s'engagea et parut à la vulve; le périnée se développa et s'amincit extrêmement; le cuir chevelu, engagé par l'ouverture trop petite de la vulve, formait, par son gonflement, un champignon très-gros. Les bords de la vulve formaient un cercle dur, épais et calleux, qui pouvait résister aux plus grands efforts; le périnée, excessivement tendu et aminci, menaçait de s'ouvrir dans son centre. M. Champenois, assisté de M. Reis, médecin de la femme, pratique alors, au moyen d'un bistouri et d'une sonde cannelée introduite entre la tête de l'enfant et le périnée, une incision d'environ deux pouces sur le raphé. La première douleur engagea l'occiput de l'enfant dans la vulve agrandie, et deux autres douleurs terminèrent l'accouchement. La plaie se trouva d'une très-petite étendue lorsque le périnée fut rendu à son état naturel. Il ne survint aucun accident.

S'il existait une occlusion complète de la vulve ou de l'entrée du vagin par la membrane hymen conservée et plus ou moins épaisse, ou par une

cloison anormale, il faudrait en opérer la division. En voici un exemple que nous empruntons à Bianchi qui le rapporte d'après Giachérius, *De Naturali in humano corpore vitiosâ morbosâque generatione*; Turin, 1741, p. 149.

111ᵉ OBSERVATION. — Occlusion de la vulve par une membrane. Rupture de la cloison recto-vaginale. Agrandissement de l'ouverture que l'on étend jusqu'au périnée pour extraire l'enfant.

« Accersebar (scripsit ad nos peritissimus Savilia-
« nensis chirurgus Giacherius) die XIV, superioris
« maii mensis monasterolium, tribus milliariis ab
« hâc urbe dissitum, ut Joannam viserem Josephi
« Truchi uxorem, æt. ann. XXXV, valdè obesam fe-
« minam; jam a quinque diebus acerrimis partus
« doloribus pressam; cujus, a me commodiori loco
« dispositæ, genitales partes explorans, velut e li-
« mine occlusas inveni : ad hæc fœtus capitis sinci-
« put ad valdè dilatatum ani orificium tetigi inspexi-
« que. Quum verò ipsum (de naturali partu adhuc
« cogitans) summis digitis in uteri caveam repellere
« contenderem, ingens statim sanguinis copia per
« anum effluxa est. Pudendas indè partes et insoli-
« tum earum claustrum manu mihi curiosiùs inqui-
« renti, fortis occurrit membrana, transversim ob-
« tenta, totumque externum uteri orificium, seu
« vaginæ introitum occupans : hanc verò promptè
« discidens, et manum in vaginum inducens, digi-
« tos per statim repertam scissuram, recti intestini

« et vaginæ caveas communicantem, ad usquè « anum ità liberè detuli; ut adstantes ipsi eos ex « hoc foramine erumpentes viderint. Cùm verò li- « vidam vaginam aliosque adjacentes partes inflam- « matas et rigidas, ac veluti spasmo contractas « angustamque adeò viam, ut naturali partui in- « epta esset, animadverterim; curvum ferrum acci- « pio, ipsoque in anum introducto, interpositum « vulvæ et podici perinæum uno strenuè ictu divido : « atque per ità opertam semitam vivum adhùc fœ- « tum, lustralibus indè aquis feliciter exceptum, « extraho. Absoluto obstetricio, puerperæ auxilia- « rem indè porrigens operam, eam, post duos men- « ses, solâ samaritani Bassanii introditione atque « ablutione optimè valetudini restitui, admira- « bar. »

Dans ce fait, extrêmement remarquable, le chirurgien a suivi la marche qu'aurait prise la nature pour opérer la délivrance; il est certain que si l'accouchement avait été abandonné aux seuls efforts naturels, la tête de l'enfant aurait agrandi l'ouverture recto-vaginale, en la prolongeant jusqu'à l'anus et au périnée, enfin jusqu'à ce qu'elle fût assez grande pour lui livrer passage; c'est probablement de cette manière que commencent et se propagent toutes les ruptures qui envahissent le périnée et le rectum.

Il est une précaution que j'ai vu presque constamment négliger par tous les accoucheurs dans les accouchemens laborieux quelconques, et dont

l'omission ajoute beaucoup aux difficultés de la délivrance, et peut même contribuer à la détermination des accidens dont elles menacent. Je veux parler de l'injection dans le vagin de liquides onctueux, mucilagineux. Et, en effet, la présence prolongée de la tête de l'enfant dans le canal, la pression qu'il lui fait subir, et surtout l'introduction fréquente des doigts ou de la main, faite dans l'intention de s'assurer de la marche de l'enfant, de l'aider ou de la diriger; toutes ces causes, dis-je, ont pour effet d'enlever les mucosités qui lubrifient le conduit, d'en empêcher la reproduction; il en résulte que l'enfant ne peut plus glisser aussi facilement dans ce conduit, qu'il y soit poussé par les seuls efforts d'expulsion, ou amené au moyen des instrumens. Le frottement plus considérable qu'il produit dans sa progression doit meurtrir et déchirer la membrane muqueuse, alors si fragile. Il convient donc de suppléer à cette lubrifaction naturelle par des injections de liquides mucilagineux concentrés. Jamais je n'applique le forceps sans avoir auparavant inondé les voies parturitives, jusqu'à la plus grande hauteur possible, avec des décoctions épaisses de racine de guimauve ou de graine de lin; aussi n'ai-je jamais vu de ces délabremens déplorables qui suivent si fréquemment l'application du forceps, faite dans certaines circonstances.

ARTICLE II. Traitement curatif des ruptures centrales du plancher périnéal.

Les indications thérapeutiques et les moyens de les remplir sont les mêmes que pour les ruptures profondes de la fourchette, dont il sera question tout à l'heure.

QUATRIÈME DIVISION.

RUPTURES ET DÉCHIRURES DE LA VULVE ET DU PÉRINÉE.

ARTICLE PREMIER. Mécanisme et causes.

Le rôle de la vulve, pendant l'acte de la parturition, a beaucoup d'analogie avec celui que jouent le col de l'utérus et ses orifices. Si cette ouverture présente des obstacles à l'engagement de la tête de l'enfant, cette région se trouve refoulée en avant, et la distension qui porte alors principalement derrière la commissure postérieure, provoque là une rupture par traction, semblable aux ruptures transversales du col utérin. La division contournant alors la commissure, et embrassant la vulve, représente la forme d'un V. L'observation que j'ai rapportée précédemment sous le n° 11 en fournit un exemple; mais ce genre de rupture, qui se rattache plus spécialement aux ruptures centrales du périnée, est assez rare. Le plus ordinairement il y a rupture longitudinale affectant les bords de l'orifice de la vulve. Elle suppose que l'enfant a commencé de s'engager à travers l'ouverture vulvaire; elle est donc produite par distension ou par pression, comme les ruptures verticales du col utérin.

Ces déchirures s'opèrent presque constamment

vers la commissure postérieure ou la fourchette, parce que c'est la région la moins épaisse du pourtour de la vulve, et parce qu'elle est la première et celle qui est la plus soumise à la distension et au frottement de la part du fœtus.

Quelquefois la solution a lieu latéralement; je l'ai vue une fois double, et laisser entre les deux déchirures la commissure formant un lambeau; mais le plus ordinairement elle affecte la ligne médiane, et divise ce que l'on nomme la fourchette.

Dès que la fourchette a cédé, la déchirure peut s'étendre au périnée, et plus profondément encore. Cependant je crois que dans les vastes et profondes déchirures, la solution a dû commencer, dans un grand nombre de cas, par la région périnéale du vagin, ou par sa cloison rectale quand elle envahit jusqu'à l'anus et à l'intestin rectum. C'est ainsi que s'est formée cette déchirure dont parle M. Deneux, laquelle s'étendait depuis le col de l'utérus jusqu'à la fourchette, ayant ainsi divisé la paroi postérieure du vagin dans toute son étendue, de manière que cette cavité semblait n'en plus faire qu'une avec le rectum.

Les causes de cet accident résident dans un défaut de proportion entre le volume de l'enfant et l'étendue de l'ouverture vulvaire.

A. Relativement à l'enfant, on notera le volume anormal de la tête; les positions dans lesquelles elle tend à présenter ses plus grands diamètres en tra-

versant la vulve, telle que la présentation de la face soit en avant (*occipito-postérieur*), soit en plein (*mento-postérieur*), etc.

B. Dans les cas où l'enfant vient, soit naturellement, soit artificiellement par les pieds, la sortie de la tête entraîne aussi souvent la déchirure de la fourchette que quand elle se présente la première. J'en ai vu plusieurs exemples, et on en trouve une observation remarquable dans le vingtième Mémoire de Mme Lachapelle (page 203).

C. Cet accident est aussi déterminé assez fréquemment par les épaules de l'enfant. Cet événement m'a paru tenir à ce qu'une fois la tête dégagée, on ne fait plus attention au périnée, que l'on néglige de soutenir, et qui, fatigué par les violences qu'il vient d'éprouver, cède en se rompant à la nouvelle distension que les épaules lui font subir, surtout quand au lieu de s'engager diagonalement, c'est-à-dire l'une après l'autre, elles se présentent en même temps.

D. Toute pression, toute distension forcées, opérées dans l'intention d'aider ou de hâter la dilatation de la vulve et la sortie de l'enfant, exposent au même accident ; aussi, outre que l'introduction répétée et inconsidérée des doigts, en enlevant les mucosités, rendent le frottement plus intense, leur présence ajoute au volume de l'enfant; ou si cette période de l'accouchement se prolonge, les manœuvres irritent, enflamment la fourchette, qui, devenue tantôt plus rigide, tantôt ramollie par l'in-

flammation, se déchire sous une pression même modérée.

Les obstacles prédisposant aux déchirures de la fourchette, et dépendant de la vulve, consistent :

A. Dans l'étroitesse et l'état de rigidité naturelle de cette partie, comme on l'observe chez les femmes primipares, soit jeunes, soit avancées en âge;

B. Dans les altérations pathologiques qui rendent ses tissus inextensibles, comme d'anciennes cicatrices résultant de blessures, de brûlures, d'ulcères en général syphilitiques, etc.

C. On observe fréquemment les déchirures dans les accouchemens précipités, qui ne laissent pas à la vulve le temps de prêter à la violente distension à laquelle elle est brusquement soumise.

D. C'est aussi pour cette raison qu'on les voit arriver dans les accouchemens terminés par l'application du forceps, toutes les fois qu'on se hâte trop de vouloir extraire l'enfant.

ARTICLE II. Résultats des déchirures de la fourchette et du périnée.

Les déchirures peu profondes de la fourchette deviennent plutôt un avantage qu'un inconvénient, en donnant à la vulve, pour les accouchemens subséquens, l'ampleur qui lui manquait au premier.

Lorsque ces déchirures sont multiples, elles forment, après la rétraction des parties et la cicatrisa-

tion, des tubercules qui pourraient en imposer pour des excroissances syphilitiques.

Celles qui s'étendent profondément au périnée, de manière à l'envahir tout entier, jusqu'auprès de l'anus, ou à contourner cette ouverture, donnent lieu à une infirmité désagréable, relativement aux rapports conjugaux. De plus, nous l'avons vu disposer aux chutes complètes de l'utérus, qui, n'étant plus soutenu par le plancher périnéal, obéit facilement aux efforts qui tendent à précipiter cet organe hors de la vulve.

La dégénérescence des bords de la plaie en ulcère de mauvais caractère, comme *Solingen* en cite une observation, tient à une cause étrangère à la déchirure. C'est alors un événement très-grave, puisqu'en déterminant une perte de substance, non seulement il empêche la réunion immédiate, mais il peut apporter des obstacles insurmontables à la réunion médiate.

Mais c'est surtout quand la déchirure s'étend jusqu'à l'anus et à la cloison recto-vaginale, que les inconvéniens qui en résultent sont déplorables; alors, en effet, tantôt les gaz et les parties les plus fluides des matières stercorales s'échappent par la vulve; d'autres fois le vagin et l'intestin ne forment plus qu'un vaste cloaque où s'épanchent et par où s'échappent involontairement, et les gaz intestinaux et les matières stercorales, infirmité dès lors répugnante aux approches conjugales, et dégoûtamment

incommode pour les malheureuses femmes qui en sont affectées; quelques unes parviennent bien à la dissimuler à force de soins de propreté, de quelques artifices ingénieux, mais la plupart perdent bientôt et leur santé et leur fraîcheur; elles deviennent sombres, mélancoliques, désespérées qu'elles sont des dégoûts qu'elles inspirent, et de ceux qu'elles éprouvent elles-mêmes; aussi, avec quel courage, quelle résignation se soumettent-elles aux opérations que l'art possède, et par lesquelles on est heureusement parvenu à détruire efficacement ces graves infirmités!

ARTICLE III. Signes.

On s'aperçoit assez souvent quand la déchirure commence, par la sensation particulière de déchirement qu'éprouve la main qui soutient le périnée, et malgré le secours de laquelle la division continue et s'étend. La partie de l'enfant qui semblait retenue avance alors avec rapidité, et s'échappe même brusquement comme si elle était lancée, la rupture détruisant instantanément l'obstacle qui résistait à sa sortie. Les vives cuissons que l'accouchée ressent ensuite, soit quand elle se meut, soit quand elle se livre aux efforts de la défécation, soit quand on la nettoie, ou enfin lorsque, pendant l'excrétion de l'urine, quelques portions de ce fluide coulent sur la plaie; ce signe, dis-je, éveille l'attention, et

l'examen des parties par le toucher et surtout par la vue, confirme l'existence et fait reconnaître l'étendue de la plaie.

ARTICLE IV. Traitement.

§ 1er. *Traitement préservatif.* Il repose sur les mêmes indications que celles que réclame l'imminence des ruptures dites centrales du périnée; il consiste à maîtriser la sortie trop brusque de l'enfant, quand l'accouchement est spontané, en engageant la femme à retenir ses efforts, ou à ne pousser que lentement, graduellement et sans secousse; et à ne l'attirer que peu à peu quand l'art est obligé d'intervenir, comme par exemple lorsqu'on se sert du forceps, ou que l'on opère l'extraction de l'enfant par les pieds. Dans tous les cas on soutient la vulve au passage de la tête ou des épaules, en même temps que par des fumigations, des onctions et des applications émollientes, on lui donne la souplesse nécessaire à sa dilatation.

§ 2. *Traitement curatif des déchirures de la fourchette et du périnée.* Les déchirures peu profondes de la vulve doivent être abandonnées à elles-mêmes; il importe peu qu'elles ne se réunissent pas.

Celles qui s'étendent au périnée, soit qu'elles envahissent la vulve ou qu'elles soient centrales, se guérissent quelquefois spontanément par réunion immédiate, comme Thymœus et Peu en ont donné

des exemples; mais cette terminaison désirable se trouve le plus ordinairement empêchée par le passage et l'interposition des matières lochiales, résidu altéré et irritant des excrétions utérines et vaginales qui succèdent à l'accouchement. Les mouvemens de la femme, les efforts de défécation, empêchent en même temps que les bords de la plaie ne restent assez exactement et assez long-temps en contact ou affrontés pour qu'ils puissent s'agglutiner; ils se cicatrisent isolément, et laissent ainsi un écartement plus ou moins considérable, quand la déchirure a envahi la fourchette, ou une ouverture périnéo-vaginale comme fistuleuse, quand la rupture a été centrale.

La manière dont s'opère cette cicatrisation isolée des lèvres de la plaie mérite d'être remarquée. Elle se fait en deux sens: d'abord dans le sens de l'épaisseur, de manière que la peau du périnée et la membrane muqueuse vaginale se rapprochent et se confondent, si ce n'est aux endroits où la cloison périnéale est épaisse; là il se forme une cicatrice intermédiaire revêtant les caractères des membranes muqueuses.

En outre la cicatrisation s'opère en même temps dans le sens de la longueur des lèvres de la plaie; ce raccourcissement ne peut se faire qu'aux dépens des tissus correspondant aux angles. Dans les cas de déchirures de la fourchette et du périnée, les grandes lèvres, qui seules peuvent prêter facilement, sont donc attirées en arrière par le fait de ce

mode de cicatrisation; aussi peut-on s'assurer que, chez les femmes qui ont eu la fourchette profondément déchirée, l'ampleur qu'en a conservée l'ouverture de la vulve dépend en grande partie de cet allongement des grandes lèvres: on voit même quelquefois alors leur commissure comme confondue avec la marge de l'anus, sans trace bien notable de cicatrice intermédiaire.

Ce mécanisme de la cicatrisation explique pourquoi l'existence d'une bride qui sépare la vulve de la plaie dans les ruptures centrales du périnée, rend la cicatrisation bien plus difficile et plus longue que lorsqu'il y a déchirure complète.

Et, en effet, la présence de cette bride, formée par la commissure postérieure de la vulve, empêchant jusqu'à un certain point les grandes lèvres de prêter par leur allongement à la cicatrisation dans le sens de la longueur, la retarde, ou bien il en résulte une ouverture fistuleuse; coupez cette bride, et vous verrez alors la cicatrisation, qui jusque-là semblait rester stationnaire, faire de rapides progrès et s'accomplir entièrement. On agit ici comme dans le cas de fistules à l'anus; on fait une seule ouverture de l'ouverture accidentelle et de la naturelle; aussi le professeur Dubois a-t-il fait un précepte en de telles circonstances, de diviser la bride vulvaire, pour peu que la cicatrisation des plaies, résultant de la rupture centrale du périnée, languisse. Je citerai comme exemple l'observation rapportée plus

haut sous le n° 98, et celle qu'a transmise Champenois. (*Obs.* n° 88.)

Cependant cette opération n'est pas applicable à tous les cas : elle ne conviendrait pas, par exemple, lorsque la réunion immédiate est possible, cas dans lesquels la bride peut tenir lieu de point de suture; elle doit être réservée pour quand le trop grand retrait des bords de la plaie ou quelque perte de substance ont produit un écartement qui rend la réunion impossible.

Ce que nous disons de la vulve s'applique également à l'anus; c'est par un mécanisme semblable que se cicatrisent les déchirures ou ruptures qui envahissent cette ouverture et une partie de la cloison recto-vaginale; il y a cicatrisation dans le sens de l'épaisseur et dans le sens de la longueur; par ce dernier, les extrémités du sphincter de l'anus divisé s'étendent et se rapprochent de l'angle rectal de la plaie, et contribuent à combler plus ou moins celle-ci; l'anus alors est véritablement agrandi. En effet, le sphincter se trouvant ainsi comme plus étendu, finit par embrasser en presque totalité ce plus vaste anus, qui, jusqu'à un certain point, est seulement grand que d'ordinaire; aussi l'excrétion des matières stercorales qui était involontaire, finit-elle souvent par rentrer sous l'empire normal de la volonté; d'un autre côté, le bord de la rupture formé par la cloison recto-vaginale, ayant été attiré lui-même par suite de ce mode de cicatrisation, descend plus

bas, et vient former un éperon, une sorte de valvule qui s'oppose au passage des matières intestinales dans le vagin, comme cela avait eu lieu jusque là. Ainsi donc les ruptures ou déchirures profondes du périnée, s'étendant à l'anus et à la cloison recto-vaginale, peuvent se guérir sans autre incommodité que celle résultant d'une vaste ouverture, et plusieurs des observations que nous avons rapportées et que nous rappellerons, prouvent que la plus dégoûtante, le passage des matières intestinales par le vagin, et leur excrétion involontaire, finit souvent par diminuer graduellement à mesure que les bords de la division se cicatrisent, et qu'elle peut même disparaître complètement à la longue.

L'analogie de ce mode de cicatrisation des plaies ano-rectales avec celles périnéo-vulvaires, explique comment une déchirure qui s'étend du périnée au rectum, et épargne l'anus, trouve dans cette bride intermédiaire, dans cette espèce de pont, un obstacle à la cicatrisation de la portion rectale de la plaie; l'ouverture se resserre difficilement, et il en résulte une fistule permanente recto-vaginale; or, coupe-t-on cette bride, on ramène ainsi la plaie aux conditions des déchirures ordinaires du périnée, s'étendant jusqu'à l'anus et au rectum : alors donc les tissus de la marge de cette ouverture naturelle, attirés par la cicatrisation dans le sens de la longueur vers le rectum, viennent prêter leur secours et contribuer à combler le vide que les parois seules de

l'intestin n'étaient pas aptes à remplir. Au lieu donc d'une fistule recto-vaginale incurable, on a une plaie plus étendue, il est vrai, mais qui, en marchant vers ce mode de cicatrisation, diminue les chances d'une dégoûtante infirmité; on pourrait interpréter dans ce sens les observations suivantes.

112e OBSERVATION.

Une femme de vingt-cinq ans, qui, quarante jours auparavant, avait subi un accouchement très-laborieux, vint à Lunéville consulter Saucerotte, à l'occasion d'une déchirure au périnée et d'une autre d'un pouce et demi environ à la cloison recto-vaginale. Le sphincter de l'anus était intact; on tenta la guérison par le repos, la situation et les moyens propres à déterminer la constipation, mais inutilement; on décida enfin la nécessité de l'opération, qui fut pratiquée trois mois et vingt jours après l'accident. Elle consista à aviver les bords de la division de la cloison recto-vaginale, et à y pratiquer six points de suture à surjet dits du pelletier; on plaça dans le vagin un linge couvert de baume du Pérou, et dans l'anus une canule de plomb, faite exprès pour cet usage; on favorisa la constipation par une diète sévère. Au onzième jour de pressantes épreintes avertirent de la nécessité d'ôter la canule; il sortit, avec de vives douleurs et effusion de sang, des matières qui déchirèrent les trois points inférieurs, de manière que les excrémens passèrent

presque tous par le vagin; cependant la plaie était réduite de moitié; cet événement fâcheux ne découragea pas la malade. Un mois après, elle se soumit à une nouvelle opération; on coupa alors le sphincter, lequel restant isolé comme une corde tendue, faisait obstacle à la sortie des matières; on aviva de nouveau les bords de la division, et on pratiqua quatre points de suture; cette fois on supprima la canule, et on favorisa la liberté du ventre par de doux laxatifs, et par un régime moins rigoureux. Trois mois après, la guérison fut complète (*Recueil périod. de la Soc. de médec. de Paris*, t. IV, p. 417). Je ne serais pas éloigné de penser que le sphincter, resté intact, ait empêché la cicatrisation de la même manière que l'intégrité de la fourchette s'oppose à celle de la division du périnée; une fois cette bride enlevée, peut-être que la cicatrisation aurait amené la suspension des inconvéniens de la déchirure du rectum, nonobstant l'emploi de la suture.

Au reste, les inconvéniens qui résultent des ruptures ou déchirures profondes du périnée font un précepte obligatoire de tenter la réunion, soit immédiate, soit médiate.

CHAPITRE Ier. — RÉUNION IMMÉDIATE OU PRIMITIVE DES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE.

Quelle que soit la méthode à laquelle on ait recours pour obtenir cette réunion, il importe d'é-

carter toutes les causes susceptibles de la troubler. Ainsi, on entraînera les matières lochiales et urinaires qui salissent incessamment les parties, par le moyen d'injections répétées dans le vagin ; on empêchera ces matières de filtrer entre les bords de la plaie, en leur ouvrant une voie plus facile d'écoulement par la vulve, soit en donnant à la femme une position fortement inclinée sur le côté, de manière que cette ouverture naturelle se trouve sur un plan plus déclive que la déchirure, soit en plaçant dans le vagin des canules plus ou moins grosses.

On vide aussi d'abord les intestins par l'administration de laxatifs en lavemens, ou par la bouche; ou bien on provoque une constipation de plusieurs jours au moyen d'une diète rigoureuse ou de préparations opiacées, afin de prévenir le passage des matières stercorales entre les lèvres de la plaie, si elle s'étendait à l'anus et au rectum, et pour empêcher dans tous les cas que les efforts de la défécation ne viennent troubler la réunion.

Enfin, dans le même but, on impose à la femme une immobilité absolue.

Les méthodes conseillées pour favoriser la réunion immédiate sont au nombre de trois, la position, la compression, la suture.

§ 1er. *Position.* Elle doit être telle que les bords de la plaie soient tenus affrontés et dans un contact immédiat aussi exact et aussi parfait que pos-

sible. On rapproche les cuisses, on les maintient, pour plus de sûreté, ainsi rapprochées en les serrant l'une contre l'autre avec une bande ou un mouchoir. On a dit qu'il fallait tenir ces parties dans une demi-flexion sur le bassin. Je pense qu'il convient beaucoup mieux de les laisser dans un état d'extension complète, position dans laquelle les fesses, étant plus rapprochées, diminuent en même temps la largeur de l'espace périnéal.

La position, aidée des autres précautions précédemment indiquées, suffit, dans un grand nombre de cas, pour favoriser la réunion immédiate, sinon complète, au moins dans une étendue suffisante pour prévenir les graves inconvéniens qui résultent des déchirures profondes du périnée.

Nous citerons, entre autres faits, celui rapporté par Trainel.

115e OBSERVATION. — Réunion immédiate du périnée par la position.

Ayant été consulté pour une déchirure qui s'étendait jusqu'à l'anus, de manière que les lochies et les matières fécales semblaient confondues, Trainel plaça sur la plaie, du côté du vagin, un plumasseau trempé dans du baume de Canada, et l'y assujettit avec une canule d'ivoire, pour l'opposer à l'impulsion de matières excrémentielles. La malade fut couchée sur le côté et tenue à une diète sévère, dans l'intention de produire la constipation. On prévint par des injections l'accumulation des

lochies dans le vagin. Le deuxième pansement n'eut lieu que le second jour, et au quatrième jour on substitua au tuyau d'ivoire un pessaire de forme appropriée. Les pansemens furent ensuite faits tous les jours. La malade n'alla à la garde-robe que le onzième : la guérison était alors complète.

§ 2. *Compression.* Le rapprochement des cuisses, en refoulant l'une contre l'autre les lèvres de la déchirure, produit une sorte de compression; mais je crois que l'on pourrait ajouter avec avantage d'autres moyens plus comprimans, comme le prouve le fait suivant.

114e OBSERV. — Déchirure du périnée s'étendant jusqu'au sphincter de l'anus. Réunion immédiate par la position et la compression.

Chez une dame primipare dont l'accouchement laborieux avait nécessité l'application du forceps, il y eut une déchirure profonde de la fourchette, qui s'étendait dans la direction du raphé périnéal jusqu'à l'anus. Les deux ouvertures n'en formaient plus qu'une seule. Je fis coucher la malade sur le côté, les cuisses demi-fléchies et liées ensemble. J'introduisis dans le vagin un large pessaire en gomme élastique, aplati, ayant une grande ouverture centrale dans laquelle je fixai l'extrémité infundibuliforme d'une forte canule en même matière. Ce pessaire, en remplissant assez exactement le vagin, empêchait la matière des lochies de filtrer entre lui et les parois de ce canal, et par conséquent

de venir s'interposer entre les lèvres de la déchirure; d'autant plus que ces fluides trouvaient facilement à s'épancher au dehors, à travers la canule placée au centre du pessaire. Des injections répétées empêchaient d'ailleurs leur séjour. Comme cet instrument était maintenu au-dessus du niveau de la plaie, il ne pouvait empêcher l'affrontement de ses bords : en outre, la compression que ce pessaire exerçait sur le rectum devait contribuer à entretenir la constipation que je voulais obtenir. J'entourai le bassin d'une ceinture de laquelle partaient en arrière deux bandes (bandage en T à deux chefs), séparées l'une de l'autre de quatre pouces; je ramenai chacun de ces chefs entre les trochanters et les tubérosités ischiatiques, de là dans le pli des cuisses et des aines, et je les fixai enfin en avant, près l'une de l'autre à la ceinture. Je plaçai deux pelottes allongées en coton entre ces bandes, et le long des parties latérales de la vulve et du périnée déchiré. Je serrai le plus possible ces bandes, surtout par leur bord externe, et avec une aiguille armée d'un fil je réunis ensemble leurs bords internes ou correspondans, de manière à les attirer l'un vers l'autre, à diminuer l'intervalle qui les séparaït, et à ramener ainsi l'une contre l'autre les parties inférieures des fesses, et par l'intermède des pelottes allongées, les bords de la plaie et les grandes lèvres. Je conseillai une immobilité complète et prescrivis une diète rigou-

reuse. La jeune femme se soumit avec une patience et une résignation exemplaires à toutes ces précautions. Le quatrième jour, je renouvelai l'appareil; je l'enlevai entièrement le douzième : la réunion paraissait alors complète et solide. Néanmoins ce ne fut que le dix-huitième que je provoquai les évacuations alvines par l'emploi des lavemens et de l'huile de ricin. Le vingt-cinquième seulement je me décidai à enlever le pessaire, pendant qu'une personne maintenait fortement le périnée. Il existait à la fourchette un écartement peu sensible.

§ 3. *Suture.* Conseillée par Paré et Mauriceau, cette opération a été pratiquée pour la première fois d'une manière authentique par Guillebonneau; mais c'est Lamotte (obs. 405) et Saucerotte qui les premiers l'ont faite d'une manière régulière. Plus tard Trainel et Noël l'appliquèrent avec avantage; et depuis ce dernier, qui en fit un précepte thérapeutique, elle a été pratiquée un grand nombre de fois avec des succès variés.

La suture est sans contredit la méthode de traitement la plus efficace pour obtenir la réunion immédiate. Par elle, les bords de la plaie se trouvent exactement accollés de manière à empêcher la filtration et l'interposition contrariante des fluides utéro-vaginaux ou intestinaux. Leurs rapports ne courent pas les risques d'être détruits par quelque mouvement de la femme : mais on lui a reproché avec raison des inconvéniens qui ne sont pas sans

gravité. Ainsi, les parties contuses, meurtries par les violences qui ont précédé et provoqué la déchirure, ne présentent souvent que des tissus affaiblis, comme ramollis et qui se déchirent facilement sous la pression des ligatures. Bientôt l'inflammation augmente ou développe cette friabilité; ou bien le gonflement qui en résulte, ne pouvant que difficilement se développer dans l'intervalle des points de suture, détermine des tractions, de l'étranglement, et provoque la déchirure des parties étreintes. Outre donc que l'opération échoue, comme cela est arrivé plusieurs fois entre les mains habiles des Smellie, des Saucerotte, etc., elle aggrave la plaie en ajoutant à son étendue et en portant sur ses bords des altérations destructives qui pourront mettre obstacle à la réunion subséquente, ou la rendre impossible.

Mais ces inconvéniens, on peut les éviter, soit par l'époque à laquelle il convient d'appliquer la suture, soit par le choix du procédé, soit enfin par les précautions à prendre dans son emploi.

§ 1er. Règle générale, on ne doit appliquer la suture que quand l'inflammation traumatique et le gonflement des parties lésées ont disparu. On remarquera que cette inflammation et ses résultats offrent dans les cas de déchirures beaucoup plus d'intensité que dans les plaies simples; que la circonstance de l'accouchement donne souvent à cet état pathologique, quels qu'en soient la cause et le

siége, une impulsion de développement et un caractère de gravité tout particulier. On doit aussi tenir compte de la présence des matières lochiales qui, abreuvant abondamment les parties dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, peuvent apporter quelque obstacle à la réunion immédiate. J'ajouterai qu'ici la réunion ne peut pas se faire *immédiatement* d'après l'acception rigoureuse du mot. L'attrition de la surface de la plaie, par suite du mode de sa production et des violences qu'ont subies les tissus qui en sont le siége, a dû les altérer profondément et y détruire même la vie. La chute par sphacèle, ou la destruction par suppuration de la surface de la plaie dans une étendue et dans une profondeur variables, deviennent dès lors inévitables : or, la réunion ne peut se faire dans ces points ainsi altérés que quand ils seront nettoyés par le développement consécutif des bourgeons celluleux. Qu'importe, au reste, pour le succès personnel de l'opération, de la pratiquer immédiatement? Les résultats n'en seront pas moins heureux si on ne la fait que quelques jours après l'événement. Il convient donc d'attendre, pour pratiquer la suture, que les premières périodes de l'inflammation soient passées, que le gonflement ait disparu, que la surface de la plaie soit nettoyée, que les bourgeons cicatrisans se soient développés, et alors que les tissus sur lesquels porteront les points de suture, étant revenus à leur état naturel, auront recouvré

leur résistance organique normale, plus propre à supporter les aiguilles ou les fils, sans se déchirer sous leur étreinte.

Il semble que dans les déchirures périnéales l'inflammation bourgeonneuse nécessaire à la réunion se prolonge bien plus long-temps que dans les plaies des autres parties. Et cela se conçoit par le passage continuel de matières irritantes vaginales, utérines, urinaires et intestinales, et par les frottemens qu'exercent l'une contre l'autre les surfaces vulnérées dans les mouvemens que fait la malade. On ne doit donc pas s'étonner du succès qu'a obtenu M. Montain de la suture appliquée le trente-deuxième jour après l'accouchement.

115e OBSERV. — Déchirure profonde de la fourchette. Réunion par la suture enchevillée trente-deux jours après l'accouchement.

Une femme éprouve un accouchement laborieux, la rétroversion de l'enfant devient nécessaire. Appelé près d'elle le trente-deuxième jour, M. Montain trouve le vagin rempli et souillé de matières fécales, la fourchette, le périnée, le sphincter et le rectum déchirés de manière à ne faire qu'une vaste et horrible plaie qui comprenait plus d'un pouce de l'intestin et qui confondait les deux conduits. Les bords de cette déchirure étaient rouges et sans commencement de cicatrice; la femme était en proie aux symptômes d'une fièvre en quelque sorte régulière qu'on avait qualifiée successivement de

fièvre puerpérale, de fièvre muqueuse et de gastro-entérite; la malade s'était jusqu'alors refusée à laisser examiner l'état fâcheux de ses parties génitales. M. Montain pratiqua la suture enchevillée de la manière suivante.

Je fis, dit-il, placer la malade sur le bord de son lit comme pour l'opération de la taille; je saisis de la main droite une forte aiguille courbe armée de deux brins de fil ciré; je l'enfonçai dans un des côtés du périnée, à six lignes du rectum; j'en fis sortir la pointe assez profondément dans la déchirure, à peu près entre le rectum et le vagin, peut-être compris-je un peu ce dernier; puis, je fis pénétrer la pointe de l'aiguille dans la partie vive de la lèvre opposée, et je la fis sortir dans le périnée à six lignes aussi du bord de la déchirure; je coupai les fils près de l'aiguille; je plaçai sur chaque côté de la plaie, entre les deux brins de fil, une espèce de rouleau de linge de quatre lignes de longueur (rouleau ferme), comme pour faire la suture enchevillée et je serrai successivement en les nouant, les deux brins de fil sur ces petits rouleaux, de manière à rapprocher les deux bords de la déchirure, ce qui se fit dans une étendue considérable. Pour favoriser la sortie des matières, je plaçai deux canules de gomme élastique, l'une dans le rectum, l'autre dans le vagin; ensuite je rapprochai les deux cuisses et les fixai dans cette position par un bandage convenable, et je fis coucher la malade

sur le côté; elle fut mise à l'usage des boissons délayantes et des potions légèrement sédatives. Quelques heures après, le mieux fut remarquable, et le lendemain, tous les symptômes de la prétendue fièvre muqueuse avaient disparu; je fis entretenir beaucoup de propreté autour de la suture, et de temps en temps on faisait des injections par les canules pour favoriser la sortie des matières. Au huitième jour, je coupai la ligature sur la cheville de linge, et j'enlevai ces dernières au dixième jour. Je trouvai la cicatrice du rectum, du vagin et du périnée complète. Nous continuâmes de tenir les cuisses rapprochées pendant un mois; après cette époque, la guérison était entière, et la malade n'éprouva plus aucune espèce d'incommodité.

§ 2. Le procédé opératoire n'est pas non plus indifférent. On a pratiqué la suture entrecoupée, dont les succès ont été balancés par des insuccès. En serrant peu les fils, le contact des bords de la plaie n'est pas assez immédiat, et la réunion n'a pas lieu; en les serrant suffisamment, les chairs comprises dans l'anse circulaire du fil sont exposées à être coupées par celui-ci. On augmente bien l'étendue de la pression au moyen de la suture entortillée, et quelques succès lui avaient fait donner la préférence; mais ils ne sont pas non plus constans; et, entre autres inconvéniens, on a recours à ce procédé, celui de n'agir que sur la surface externe de la plaie, là où les fils compriment et rapprochent ses bords, tandis que

rien ne s'oppose à ce que les bords internes ne s'écartent: il en résulte donc que la réunion n'a lieu qu'entre les bords tégumentaires de la plaie, et dès lors le peu d'épaisseur de la cicatrice l'expose à se rompre de nouveau au moindre effort. Le succès obtenu par M. Montain de Lyon, et ceux plus récens et si nombreux, proclamés par le savant professeur Roux, donnent à la suture enchevillée une suprématie incontestable, et telle qu'il ne sera plus permis maintenant d'avoir recours à d'autres procédés.

Et, en effet, la suture enchevillée offre à elle seule toutes les garanties de la suture en général, et ne présente aucun des inconvéniens ou des dangers attachés à chacun des autres procédés; elle donne la facilité de graduer à volonté et à tout instant le resserrement des fils, elle permet de les relâcher facilement quand le gonflement inflammatoire consécutif le réclame. Ici la compression s'étend également sur toute la longueur des bords de la plaie; il ne peut donc y avoir, comme pour les autres sutures, des intersections exposant à la traction et à la déchirure des chairs embrassées par les points de suture ou les aiguilles; la cooptation est aussi bien plus exacte ; et remarquez que ce ne sont point les fils qui exercent immédiatement la compression, mais bien les cylindres; aussi est-il de toute impossibilité que ces fils opèrent la déchirure des chairs qu'ils traversent, quoi qu'il arrive. La réunion est

aussi plus exacte, puisqu'elle se fait des parties les plus profondes à la surface; enfin celle-ci étant tout-à-fait libre et à découvert, on peut voir et suivre les progrès de la réunion et de la cicatrisation, reconnaître les circonstances qui viendraient entraver les résultats, et appliquer immédiatement les remèdes convenables.

§ 3. Quel que soit le procédé que l'on adopte, il convient avant tout de s'assurer si les bords de la déchirure sont susceptibles d'être rapprochés complètement; car dans certains cas où il y aurait eu perte de substance, le rapprochement ne pourrait s'obtenir qu'en exerçant une traction extrême, capable de porter atteinte à l'intégrité des tissus, et susceptible ainsi de compromettre le succès de l'opération, ou de la rendre tout-à-fait nulle, quant au but que l'on se propose; mais l'art peut encore venir au secours de cette nouvelle difficulté; on suivrait alors le conseil donné par M. Diffenbach, de pratiquer sur les tégumens, en dehors des bords de la déchirure, et à une distance suffisante, des incisions parallèles ou plutôt elliptiques et assez profondes, pour permettre à ces bords de se déplacer et de pouvoir être rapprochés l'un de l'autre. Ne pourrait-on pas encore, à défaut de suffisance de cette méthode, recourir au déplacement d'une portion de tégumens empruntés aux parties voisines, soit aux lèvres, soit aux faces internes et postérieures des cuisses, appliquant ainsi aux pertes de substance du périnée les

opérations plastiques employées avec tant d'avantage à la restauration des parties de la face qui manquent ou qui ont été détruites?

Quant à la quantité des points de suture, ou des aiguilles, ou des fils à appliquer, on a remarqué qu'il suffisait le plus ordinairement d'un très-petit nombre même pour obtenir la réunion de vastes déchirures, ce qui suppose que les parties étaient naturellement dans des conditions favorables à la coaptation. Dans ces cas, en effet, la suture a eu pour but, moins le rapprochement des bords de la plaie, que de les maintenir en rapport invariable; aussi ai-je la conviction que dans le plus grand nombre de ces faits, la position, le rapprochement des cuisses, aidés des autres précautions que j'ai indiquées plus haut, auraient pu suffire, avec moins d'assurance sans doute, pour procurer la réunion. J'en ai pour garant ma propre expérience. J'ai vu un assez grand nombre de déchirures profondes du périnée; quelques unes s'étendaient à l'anus et au rectum, toutes ont guéri par réunion immédiate, sinon complète, au moins suffisante pour rendre nuls ou supportables les inconvéniens consécutifs à ce genre de blessure, et cependant jamais je n'ai eu recours à la suture. Au reste, je n'ai fait que suivre en cela les exemples et les préceptes de Deleurye, Puzos, d'Aitken (*Principle of Midwif*, 1785, p. 174), de M. d'Autrepont (*Bulletin de Férussac*, t. XXII, p. 94), etc. J'ai donc tout lieu de croire que cette

marche simple suffirait en général, à moins de perte de substance par gangrène, par suppuration ou par séparation complète de quelque lambeau, si l'on soumettait rigoureusement la femme aux précautions que sa position réclame, et que nous avons signalées. Le gonflement inflammatoire qui s'empare des parties externes de la génération, dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, met tout naturellement en contact immédiat les lèvres de la plaie qui les divise, et pour peu que l'on écarte tout ce qui peut déranger cette coaptation, la réunion s'opère ; mais voici malheureusement ce qui arrive le plus ordinairement quand l'événement a lieu : on craint le reproche d'avoir *blessé la femme* (reproche si avidement exploité au détriment de la réputation), on lui dissimule sa position ; les conseils qu'on lui donne n'étant pas appuyés sur des craintes salutaires qu'on n'ose lui avouer, elle regarde les précautions qu'on lui inflige comme exagérées, elle les néglige. Les accidens qui en résultent, on les attribue d'abord aux suites ordinaires des couches ; on se fie aussi sur ce que le temps peut amener leur disparition plus ou moins complète ; et, dans le cas contraire, la responsabilité est affaiblie en proportion du temps qui s'est écoulé depuis l'événement. Que de motifs, pour beaucoup, de le céler quand il arrive !

On a constaté que lorsque la déchirure s'étend au sphincter de l'anus et au rectum, il suffisait de coap-

ter la plaie périnéale pour que la réunion s'opérât en même temps à la portion qui s'étendait jusqu'à l'intestin, sans qu'il fût besoin de comprendre celle-ci dans la suture, de même que l'on voit cette opération appliquée aux lèvres seulement, dans le cas de bec de lièvre, ou au voile du palais dans la distaphysie, amener avec la réunion de ces parties celle des os maxillaires ou palatins en même temps divisés.

CHAPITRE II. — RÉUNION MÉDIATE OU SECONDAIRE DES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE.

Quand la réunion immédiate n'a pas été tentée ou n'a pas été obtenue, et que les lèvres de la plaie se sont cicatrisées isolément, on peut encore espérer la guérison consécutive de cette infirmité, et avec plus de certitude peut-être que si on l'eût entreprise dans les commencemens. On n'a plus à craindre les fâcheuses influences de l'état puerpérale sur la cicatrisation; on agit sur des tissus sains, revenus à un état organique normal, si favorable à la réunion et à la cicatrisation des plaies; on a pu, ou l'on peut détruire, avant de procéder à l'opération, les mauvaises dispositions organiques ou les états pathologiques susceptibles, ou d'entraver ses succès, ou de la faire manquer complètement. Si donc la méthode de la réunion médiate, que la chirurgie française s'honore à juste titre d'avoir la première

conçue et exécutée, a échoué un si grand nombre de fois, que les Nestors de la chirurgie moderne l'avaient pour ainsi dire ou abandonnée ou proscrite, il faut attribuer tous ces échecs, moins à l'opération considérée en elle-même qu'aux procédés qu'on avait employés, ou à la manière dont on les avait appliqués. Rappellerai-je que Guillemeau, à qui revient l'honneur d'avoir le premier tenté cette opération avec succès, avait eu recours à la suture à points entrecoupés, et qu'Osiander (1) n'en obtint pas un moins remarquable avec la suture simple? rappellerai-je que Morlanne (2), Saucerotte de Lunéville, Noël de Reims, et M. Diffenbach ont employé avec non moins d'avantage la suture entortillée? Depuis, c'est à ce dernier procédé que l'on avait donné avec raison la préférence sur tous ceux précédemment employés. Le profond chirurgien en chef, dont l'Hôtel-Dieu de Paris porte le deuil, l'a pratiqué une fois avec succès; mais il avait échoué entre les mains habiles de M. Dubois père; son fils n'a pas été plus heureux.

Bien que ce procédé ne doive plus figurer maintenant dans la chirurgie obstétricale que comme memento historique, je crois devoir citer le fait publié par Noël.

(1) *Gazette médicale*, 1834, page 18.
(2) *Journal des Accouchemens*, t. 1, p. 188.

116e OBSERV. — Réunion médiate opérée par la suture entortillée.

Au mois d'octobre 1794, une femme de Château-Porcien, département des Ardennes, vint à Reims consulter M. Noël pour une infirmité ancienne, provenant de la déchirure de la fourchette, du périnée, du sphincter de l'anus et de la cloison recto-vaginale; la plaie de cette cloison avait environ un pouce et demi d'étendue. Depuis cet accident, arrivé lors du premier accouchement, cette femme avait mis au monde sept autres enfans sans la moindre difficulté. M. Noël procéda dès le lendemain à l'opération; elle consista à aviver avec beaucoup d'exactitude les bords de la division dans tous les points, à refaire pour ainsi dire le périnée, au moyen de la suture entortillée, pratiquée à l'aide de deux épingles de laiton placées, l'une près de ce qui allait former la fourchette, et l'autre près de ce qui allait former l'orifice du rectum; on fixa ces épingles, comme cela se pratique ordinairement, avec un cordon de fil ciré, tourné en 8 de chiffre; les cuisses furent tenues rapprochées par un lien, et la liberté du ventre favorisée par des bouillons aux herbes émétisés de temps à autre, et formant à peu près toute la nourriture de la malade. Le sixième jour, l'épingle du côté du vagin fut ôtée, les matières fécales passaient toutes par le rectum. Le dixième jour, cette femme retourna chez elle, conservant encore l'épingle du côté de l'anus. Quinze jours

après, M. Noël apprit de son mari que la deuxième épingle était tombée, et que toutes les parties de la cicatrice étaient consolidées.

Cette opération n'est pas seulement remarquable par le succès qui a couronné le procédé que M. Noël a employé : on observera surtout que deux points ont suffi pour obtenir la réunion d'une vaste déchirure, et, chose plus notable encore, que la division de la cloison recto-vaginale, qui avait un pouce et demi d'étendue, s'est réunie, bien que la suture ne portât pas sur elle, puisque la seconde des deux seules épingles appliquées était placée seulement *près de ce qui allait former l'orifice du rectum.*

Le même procédé, exactement suivi par M. le professeur Roux, chez la malade qui fait le sujet de sa première observation, a échoué ; mais les aiguilles furent toutes retirées, et les fils enlevés dès le sixième jour, tandis que M. Noël n'enleva chez son opérée, le pareil jour, que l'épingle placée du côté de la vulve ; celle qui correspondait à l'anus, et qui était sans contredit la plus nécessaire, fut laissée, et ne tomba qu'après quinze à vingt jours.

C'est encore à notre chirurgie, c'est au professeur Roux, l'un de ses plus savans et des plus habiles représentans, qu'appartient l'heureuse application de la suture enchevillée à la réunion médiate, ou plutôt secondaire, des déchirures du périnée. M. Montain, de Lyon, l'avait déjà appliquée à la réunion d'une déchirure récente, et il réussit complètement. Les nom-

breux succès obtenus et publiés par M. le professeur Roux, feront désormais un précepte général de l'emploi et de cette méthode de traitement, et de ce procédé dans les déchirures anciennes du périnée. Il convient également à toute division profonde de cette région qui n'a pas été réunie, quelle que soit d'ailleurs la cause de ce genre de blessure. Qu'on ne pense pas toutefois, dans l'émerveillement des premiers triomphes, que cette opération soit toujours applicable et dans tous les cas efficace; on s'exposerait à en compromettre la réputation future, comme il arrive pour la plupart des nouveaux traitemens, dont l'abandon suit d'autant plus tôt la proclamation, qu'ils ont été d'abord loués plus exclusivement. Et, en effet, que quelques échecs arrivent, ce sera sur l'opération elle-même qu'on en rejettera le blâme. Tandis que si à côté des faits qui prouvent l'efficacité de la suture enchevillée, dans les cas de destruction du périnée, on fait ressortir les conditions qui en contr'indiquent l'application, et les circonstances susceptibles d'exiger certaines précautions ou d'apporter quelques modifications, on prévient ainsi tout reproche, et l'on fonde plus sûrement la réputation durable de ce mode de traitement.

Le trop grand écartement, par suite d'une perte étendue de substance, suite de gangrène, de dilacération, de suppuration ou d'ulcération, ou résultant de tentatives infructueuses d'opérations faites précédemment, peut mettre un obstacle in-

vincible au rapprochement des bords de la division.

J'ai été consulté, il y a environ dix-huit mois, par une personne d'une trentaine d'années qui, par suite d'un accouchement clandestin, avait éprouvé une déchirure de la fourchette, du périnée et de la marge de l'anus. La nécessité de dissimuler sa mésaventure l'obligea à abandonner beaucoup trop tôt les précautions qu'exigeait sa position. De plus, une affection vénérienne dont elle paraît avoir éprouvé les premières atteintes dans le cours de sa grossesse, et qu'elle avait négligée par ignorance, se manifesta bientôt avec une nouvelle intensité. Quand je l'examinai, il existait un bubon volumineux à la région inguinale gauche, un écoulement roussâtre et sanieux qui provenait d'une vaste ulcération qui s'était emparée des bords de la déchirure et les avait profondément sillonnés. Au moyen d'un traitement approprié, le bubon guérit par résolution, l'ulcération chancreuse se cicatrisa. Mais il en résulta que les bords de la division périnéale présentaient un écartement de près de six lignes, même en plaçant la malade et les parties dans la position la plus favorable au rapprochement. Les bords, en outre, durs, inégaux, paraissaient comme collés aux ischions, de manière qu'il était même impossible de les rapprocher par le déplacement des tégumens voisins. Il est évident que chez cette malheureuse fille la suture serait d'autant plus inapplicable qu'il

faudrait encore ajouter à l'écartement déjà trop considérable et invincible, par l'obligation de détruire une certaine épaisseur des bords de la division, pour leur donner une surface suffisamment plane, nécessaire à la coaptation. En outre, l'adhérence de ces lèvres aux os rendrait même inutile l'opération préalable, conseillée par M. Diffenbach, savoir, la pratique de deux entailles profondes en dehors de ces parties et parallèlement à elles. On ne pourrait donc, dans ces cas, obtenir la restauration du périnée qu'en en faisant un artificiel aux dépens des tégumens voisins de la fesse et de la cuisse. J'avais parlé de cette périno-plastie à la malade, il y a un an, mais depuis je ne l'ai plus revue.

Mais dans les cas où l'on n'aurait à vaincre que l'écartement, sans adhérence ni altération des bords de ces divisions, on pourrait aider au déplacement de ceux-ci en pratiquant le procédé de M. Diffenbach. Quoiqu'on n'ait pas été obligé d'y recourir dans les faits observés par M. Roux, il ne faudrait pas en inférer que cette précaution ne sera jamais indispensable. Il se pourrait que dans quelques cas l'une des lèvres de la plaie la plus maltraitée ne pût prêter à la distension. Une seule incision pratiquée en dehors de celle-ci pourrait alors suffire.

On doit aussi s'informer si la personne à opérer ne serait pas affectée de quelque diathèse humorale ou virulente, susceptible d'empêcher la réunion des. bords de la division; car bien qu'ils

présenteraient les conditions locales les plus favorables à la réunion au moment de la pratiquer, ils pourraient se trouver frappés d'ulcérations ou autres altérations qui non seulement y missent obstacle, mais détruiraient tout espoir de l'obtenir un jour. S'il en était ainsi, il serait convenable de n'entreprendre l'opération que quand on aurait combattu et détruit ces contre-indications manifestes. Ainsi, chez la jeune fille dont j'ai rapporté plus haut l'histoire, si on avait pratiqué la suture avant qu'elle eût été débarrassée de l'altération syphilitique à laquelle elle était en proie, l'opération n'aurait-elle pas échoué par suite de l'ulcération qui se serait emparée des bords de la plaie, comme elle s'y est établie plus tard?

L'observation que M. Roux a rapportée sous le n° V dans son Mémoire, prouve aussi qu'il faut tenir compte de l'état général des forces et surtout des dispositions pathologiques, tant du canal intestinal que du canal vaginal. La réunion se fait en général difficilement chez les personnes épuisées par des maladies chroniques, chez celles d'une constitution lymphatique ou à dispositions scrofuleuses. Une entérite chronique avec diarrhée continuelle empêche l'agglutination par le passage continuel des matières, qui peuvent filtrer entre les bords de la plaie non compris dans les fils, et par les mouvemens auxquels oblige le besoin fréquent d'évacuer.

Il est donc nécessaire au succès de l'opération de ne la pratiquer chez les personnes qui présentent quelqu'un de ces états ou d'autres analogues, que quand on aura rappelé les forces chez les unes, détruit les affections morbides existantes chez les autres.

Ne serait-il pas aussi indiqué de choisir un temps opportun pour faire l'opération dans les grands hôpitaux, quand il y règne quelque maladie épidémique, et principalement lorsque sévit la pourriture d'hôpital ? On conçoit toute la portée de cette dernière contre-indication temporaire.

Quand on a décidé l'opération, quelques précautions préalables sont nécessaires. On accoutume la malade quelque temps à l'avance à retenir ses évacuations alvines. On les rend plus rares en prescrivant un régime assez tenu. Avant d'opérer, on vide les gros intestins au moyen de lavemens laxatifs ou de l'ingestion de quelque minoratif.

La malade étant placée comme pour l'opération de la taille, on avive les lèvres de la division périnéale dans toute leur étendue, en enlevant au moyen du bistouri une couche la plus mince possible. Les ciseaux sont préférables ensuite, je pense, pour étendre l'avivement aux bords minces et mobiles de la division de la cloison recto-vaginale.

Pour donner à la réunion une étendue en épaisseur qui en assure la solidité, on devra anticiper un peu sur les parois du vagin, plutôt qu'aux dé-

pens des tégumens, les premières pouvant en général prêter plus facilement à la tension nécessaire, à cause de la plus grande souplesse de leur tissu, ou du développement que permettent les plis que ce canal présente.

Je dois rappeler ici la remarque que j'ai faite, que la cicatrisation dans le sens de la longueur des déchirures du périnée s'opérait aux dépens de la vulve, qui se trouve ainsi tirée en arrière, de sorte que l'espace entre l'anus et l'angle commissural des grandes lèvres, qui dans l'état naturel est d'un pouce et demi environ, n'a plus ici que quelques lignes. Or, si on n'avivait et ne réunissait que les parties périnéales ainsi rétrécies, la vulve conserverait à peu de chose près l'ampleur désagréable qu'elle avait avant l'opération. Force donc est d'anticiper aussi sur les grandes lèvres pour obtenir un périnée suffisamment étendu et une vulve plus sortable. Il paraît que cette précaution a été prise dans tous les cas où on a pratiqué la restauration du périnée, à en juger d'après l'observation que l'on a faite, qu'il en résultait toujours un rétrécissement très-notable de la vulve. Cette remarque nous a paru mériter d'être indiquée d'une manière spéciale.

On place ensuite les ligatures composées de fils doublés sur eux-mêmes, de manière à former anse à une de leurs extrémités. On les conduit au moyen d'aiguilles courbes que l'on introduit de dehors en dedans d'un côté, et de dedans en dehors pour

l'autre. Du côté des tégumens, les fils doivent se trouver à quatre ou cinq lignes environ des bords de la plaie. La ligature doit anticiper profondément quelque peu sur les parois du vagin, afin d'obtenir là une cooptation bien exacte. Deux morceaux de bougies de gomme élastique d'une ligne et demie à deux lignes de diamètre sont placés, l'un dans les anses que les ligatures doublées forment d'un côté, et l'autre du côté opposé, entre les chefs isolés de toutes ces ligatures. On noue ceux-ci d'abord par un nœud simple, puis un nœud bouclé : on serre suffisamment, pour que les bords de la plaie se pressent un peu fortement l'un contre l'autre.

Comme la pression a lieu principalement sur les parties que traversent les ligatures, et par conséquent plus vers les bords vaginaux de la plaie que du côté des tégumens, il en résulte que ceux-ci peuvent n'être pas complètement en contact. Ils tendent même à être repoussés et comme renversés en dehors par l'effet du redressement qu'éprouvent les fils, en proportion de leur degré de tension. Pour obvier à cet inconvénient, on prend la précaution dont M. Roux a usé, d'engager des ligatures minces autour des fils de la suture, au-dessous des cylindres, ligatures que l'on serre au degré juste suffisant pour rapprocher les bords tégumentaires de la division.

Si après cela on s'apercevait que les tissus fussent trop fortement tendus, de manière à faire craindre

ou leur déchirement, ou qu'il survînt des accidens inflammatoires trop intenses ou des phénomènes nerveux ou autres capables de compromettre le succès de l'opération, il faudrait alors recourir au procédé de M. Diffenbach, en pratiquant au dehors, à quelques lignes de la suture, des entailles parallèles aux lèvres de la division.

La plaie est ensuite recouverte d'un linge fenêtré enduit de cérat : on la recouvre d'un plumasseau moelleux de charpie. Ne serait-il pas convenable d'exercer une légère compression au moyen d'un bandage en T, afin d'assurer la solidité et l'immobilité de la suture et des parties?

Les cuisses sont maintenues rapprochées à l'aide d'une cravate, ou de tout autre lien, afin de prévenir leur écartement involontaire pendant le sommeil.

Survient-il un gonflement inflammatoire trop considérable et menaçant? on relâche les ligatures en même temps que l'on emploie quelques moyens antiphlogistiques. On place une sonde chaque fois que le besoin d'uriner se manifeste. On suspend la défécation jusqu'à ce que la réunion soit parfaite et suffisamment consolidée. Pour cela on engage la malade à se retenir; on la soumet à la diète plus ou moins sévère, ou mieux encore on provoque la constipation par l'administration de l'opium.

A quelle époque convient-il d'enlever les fils? En général, la réunion paraît être accomplie du sixième

au septième jour, et l'on peut dès lors retirer les fils. Mais nous croyons que, pour plus de sûreté, il conviendrait de les laisser quelques jours de plus, d'autant plus qu'il ne peut en résulter aucun inconvénient notable. Nous conseillerions aussi de ne pas ôter tous les points ensemble, et de commencer principalement par ceux qui correspondent à la vulve. On remettrait à quelques jours l'extraction de ceux qui avoisinent l'anus. Ce précepte me paraît devoir être fondé sur ce que c'est cette partie qui se trouve la plus soumise aux tiraillemens résultans des efforts de la défécation et du passage des matières stercorales, et par conséquent la plus exposée à la destruction des adhérences récentes et encore peu solides des bords de la division.

Il arrive que quand la déchirure s'étend à la cloison recto-vaginale, la réunion dans cette dernière partie peut n'être pas complète, alors qu'elle est assurée dans la région périnéale. Mais on a observé que l'ouverture fistuleuse qui en résulte se rétrécissait graduellement et qu'elle finissait par se fermer spontanément en moins de quelques semaines. C'est ce que prouve le fait que nous avons rapporté d'après Noël, et celui qui forme le sujet de la seconde observation publiée par M. Roux.

La constipation provoquée et prolongée donne lieu à l'endurcissement des matières stercorales et à leur agglomération en masses plus ou moins con-

sidérable. Leur passage forcé et difficile dans cet état, à travers l'anus lui-même rétréci par suite de l'opération, ainsi que les efforts d'excrétion auxquels la femme devrait se livrer, pourraient provoquer la déchirure de la cicatrice encore tendre. Il est donc urgent de diviser ces matières par l'emploi de lavemens simples ou laxatifs, et d'aider à leur expulsion, soit en administrant quelques minoratifs, soit en les pressant de haut en bas à travers la cloison recto-vaginale, au moyen d'un ou deux doigts introduits par la vulve dans le vagin, ainsi que l'a pratiqué M. Roux chez la femme de sa première observation.

TABLE DES MATIERES.

ERRATA.

Page 61, *lisez* ART. III *au lieu de* CHAP. III.
Page 91, ligne 1, *ajoutez* § 4.
Page 108. C. *au lieu de* § 6.
Page 169 CHAP. III *au lieu de* CHAP. IV.
Page 193. ART. II *au lieu de* § 3.
Page 261. § 2 *au lieu de* B.

